



HAL
open science

Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie

Jérémy Rollin

► **To cite this version:**

Jérémy Rollin. Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie. Science politique. Ecole normale supérieure de lyon - ENS LYON, 2022. Français. NNT : 2022ENSL0031 . tel-03969673v2

HAL Id: tel-03969673

<https://hal.science/tel-03969673v2>

Submitted on 20 Jun 2024

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.



Numéro National de thèse : 2022ENSL0031

THESE
en vue de l'obtention du grade de Docteur, délivré par
l'ECOLE NORMALE SUPERIEURE DE LYON

Ecole Doctorale N°483

Sciences sociales (Histoire, géographie, aménagement, urbanisme, architecture, archéologie,
science politique, sociologie, anthropologie)

Discipline : Science Politique

Soutenue publiquement le 05/12/2022, par :

Jérémy ROLLIN

**Un corps en mouvement : déplacements sociaux et
professionnalisation de la kinésithérapie**

Devant le jury composé de :

CHAMPY Florent, Directeur de recherche au CNRS (LISST – Université Toulouse Jean-Jaurès)	Rapporteur
PAILLET Anne, Professeure des universités, Université Paris1 (CESSP)	Rapporteuse
HONTA Marina, Professeure des universités, Université de Bordeaux (Centre Emile Durkheim)	Examinatrice
SCHOTTE Manuel, Professeur des universités, Université de Lille (CLERSE)	Examinateur
VINCENT Fanny, Maîtresse de conférences, Université de St Etienne (Triangle)	Examinatrice
BUTON François, Directeur de recherche au CNRS (Triangle – ENS Lyon)	Directeur de thèse

Remerciements

Cette thèse doit d'abord son existence aux enquêtés qui ont bien voulu m'accorder un temps précieux. Mes premiers remerciements vont à ceux-ci. Certains d'entre eux, qui se reconnaîtront, ont été sollicités plus que de raison (plus d'une soixantaine de mails échangés avec l'un d'entre eux, outre les rencontres physiques), notamment parmi les kinésithérapeutes. A ce titre, ma profonde gratitude va à mes collègues de cabinet, qui ont non seulement accepté de se prêter longuement au jeu de l'enquête, mais ont assumé tout le travail que j'y ai laissé en suspens. J'espère que cette thèse saura rendre avec justesse la richesse de leur travail et la complexité de leur position.

Ce travail doctoral n'aurait pas eu lieu sans Cannelle, qui m'a incité à reprendre des études en sciences sociales en même temps qu'elle. Son exemple m'a permis de rencontrer des camarades formidables, comme Elodie, Aurélien, Avinash, Cédric et Thomas et d'autres encore. Ces échanges m'ont toujours remis en question. C'est aussi à l'occasion de ce master en sciences sociales à la faculté de médecine de Montpellier que j'ai rencontré des enseignants, Laurent Visier, Gilles Moutot, Geneviève Zoïa, Guilhem Birouste et Jonathan Cohen- Scali, qui m'ont ouvert l'horizon de la recherche : ils m'ont initié à celle-ci en master et m'ont, plus tard, confié des enseignements au sein de leur équipe.

Ces années de thèse m'ont permis de rencontrer des personnes stimulantes, dotées de visions sur le monde que j'ai tenté de saisir pour mener mes analyses. Sans pouvoir tous les citer, que soient notamment remerciés les différents organisateurs des séminaires lyonnais auxquels j'ai pu participer, Dorota Dakowska, Cécile Robert, Rachel Vanneville, Julien Barrier, Christine Dourlens, Gwenola Le Naour et Jérôme Michalon. D'autres universitaires m'ont nourri grâce à des échanges, parfois plus informels, ma gratitude va donc à chacun d'entre eux, même si je me dois de mentionner plus particulièrement Magali Robelet, Anne-Laure Penchaud, Stéphane Héas et Lilian Pichot. A noter que de nombreux résultats n'auraient pas existé sans Julien Barnier et sa capacité à transmettre la façon de comprendre le langage de R. Enfin parmi les doctorants lyonnais, je remercie Lalla Amina Drhimeur, Johanna Bertou, Stéphany Duran et Corentin Simon pour leur bonne humeur tout au long de nos missions communes.

Ma dernière année de thèse a été grandement facilitée par le poste d'ATER au département STAPS de l'Université de Nîmes. Je tiens à remercier toute l'équipe pour leur accueil, avec une mention spéciale à Aurélie Goncalves qui, dès l'ouverture de la filière, m'a fait confiance et Romaine Didierjean, la sociologue du groupe, dont le soutien, les conseils et les relectures m'ont été précieux.

Cette thèse écrite, elle ne fait science que par sa discussion avec un jury qui me fait l'honneur de s'intéresser à ce travail. Tous l'ont en réalité marqué de leur empreinte bien avant la soutenance, que ce soit Manuel Schotté par ses dénaturisations des hiérarchies, jusqu'aux plus immédiatement biologiques, Marina Honta, par sa connaissance des échelons régionaux des politiques publiques et des dispositifs de sport-santé, Anne Paillet, dont le travail en néonatalogie trouve ici un écho certain, Forest Champy, dont l'approche est ici énormément sollicitée ou Fanny Vincent, dont la connaissance des gestions managériales du travail en santé n'a d'égale que la richesse des questionnements qu'elle a induite.

La singularité du parcours doctoral tient à la rencontre entre un doctorant et son directeur de thèse. Je m'interroge encore sur ce qui a bien pu conduire François Buton à accepter de me prendre à sa charge dans cette aventure. Pourtant, je lui exprime toute ma reconnaissance pour cette décision, qui a durablement modifiée ma trajectoire de vie. C'est son soutien jamais démenti, ses questionnements permanents, sa rigueur d'analyse qui m'ont permis de devenir sociologue. Cette rencontre et les possibles qu'elle m'a ouvert me marquent durablement.

Enfin, ce travail académique n'aurait pu être conduit sans un soutien irréductible de mes amis et de ma famille. Je les remercie pour leur patience devant mon enthousiasme parfois trop grand à leur partager mes nouvelles visions du monde. Parmi ceux-ci des remerciements particuliers vont à Catarina, Luc et Patrick pour leurs soutiens, relectures et aides diverses. Le soutien et la patience se sont retrouvés encore plus incarnés dans ma compagne, Nadia. Non seulement c'est sur elle qu'a reposé, plus que de raison, le travail domestique invisible mais c'est ses encouragements qui m'ont soutenu tout au long de ces années. Sa confiance et son amour ont donné naissance à Liam, à l'aube de cette thèse et à Lola, à sa conclusion. Leur présence donne un sens à la recherche sur les sociétés humaines.

Résumé

Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie.

Cette thèse porte sur la professionnalisation de la kinésithérapie. Celle-ci est envisagée comme un processus combinant une modification du contenu du travail réalisé par les acteurs, des arbitrages au niveau des politiques publiques sectorielles mais aussi une somme de changements dans les dispositions sociales des acteurs. Alors que les kinésithérapeutes sont historiquement des auxiliaires médicaux, ils présentent des caractéristiques genrées et sociales qui les rapprochent des médecins. Alors qu'ils sont officiellement des exécutants de thérapeutiques, leur mode d'exercice majoritairement libéral, à l'écart des médecins, les confronte à une irréductible incertitude dans leur travail. Alors qu'ils disposent, en France, de protections administratives qui ferment le marché du travail, ils sont soumis à des flux migratoires importants dus à la libéralisation de la circulation des personnes et de la reconnaissance des diplômes à l'échelle européenne. Ces tensions interrogent le changement au sein des groupes professionnels. Dans un espace de la santé dominé par l'idéal-type de la profession médicale, est-il possible pour les métiers dominés de devenir des professions ? Alliant sociologie des professions, sociologie de l'action publique et sociologie de l'éducation, cette thèse propose une enquête indigène multi-située (tutelles, acteurs intermédiaires et acteurs de terrain). Elle montre, à travers le cas des kinésithérapeutes, comment l'établissement d'une profession passe par la sélection d'acteurs dotés de capitaux culturels légitimes, par l'appropriation d'un travail à fortes nuances prudentielles et par la négociation de protections institutionnelles, parfois incertaines dans un cadre cognitif contemporain faisant la part belle à la fois aux quantifications et rationalisations dans le secteur sanitaire et à un libre échangisme quant aux travailleurs européens.

Abstract

A body in movement : social mobility and the professionalization of physiotherapy.

This thesis focuses on the professionalization of physiotherapy. It is considered as a process combining a modification of the work content of the actors, trade-offs at the level of sectoral public policies but also a set of changes in the social dispositions of the actors. While physiotherapists are historically medical auxiliaries, they present gendered and social characteristics that bring them closer to physicians. While they are officially therapeutic operators, their mostly private practice mode, separated from doctors, confronts them with an irreducible work uncertainty. While they have administrative protections in France that close the labour market, they are subject to significant migratory flows due to the liberalisation of the circulation of people and the recognition of diplomas on a European level. These tensions raise questions about change within professional groups. In a health space dominated by the ideal-type of the medical profession, is it possible for dominated occupations to become professions? Combining the sociology of professions, the sociology of public action and the sociology of education, this thesis proposes a multi-situated indigenous investigation (supervisory authorities, intermediary actors and field actors). It shows, through the case of physiotherapists, how the establishment of a profession requires the selection of actors with legitimate cultural capital, the appropriation of a work with strong prudential nuances and the negotiation of institutional protections, sometimes uncertain in a contemporary cognitive context that gives prominence to quantification and rationalisation in the health sector and to free trade for European workers.

Mots clés : professionnalisation, kinésithérapeutes, socialisation, action publique, champ médical.

Keywords : professionalization, physiotherapists, socialization, public policy, medical field.

Thèse de doctorat préparée au sein du Laboratoire Triangle (UMR 5206), 15 parvis René Descartes, 69342 Lyon

Table générale des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME	5
ABSTRACT	5
TABLE GENERALE DES MATIERES.....	7
INTRODUCTION GENERALE	11
1) <i>Les kinésithérapeutes : un corps professionnel saisi dans ses variations</i>	<i>11</i>
2) <i>Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de professionnalisation : état des lieux des analyses du changement en sociologie des professions</i>	<i>23</i>
3) <i>Démarche d'enquête : de l'ethnographique cherchant à intégrer dispositions sociales, contextes et contenus du travail.....</i>	<i>38</i>
4) <i>Plan de thèse.....</i>	<i>60</i>
PARTIE 1 : LE TRAVAIL DES KINESITHEAPEUTES, UNE PRATIQUE PRUDENTIELLE CONTRAINTE PAR LA DOMINATION MEDICALE.....	65
INTRODUCTION A LA PARTIE 1	67
CHAPITRE 1 : UNE DOMINATION MEDICALE SOURCE DE PROTECTION POUR LES KINESITHEAPEUTES FRANÇAIS	71
<i>Introduction au chapitre 1.....</i>	<i>71</i>
<i>Section 1 : les kinésithérapeutes entre position dominée dans le champ médical et négociation d'espaces autonomes.....</i>	<i>72</i>
<i>Section 2 : les kinésithérapeutes français dans l'espace européen, une position plutôt attractive.....</i>	<i>141</i>
<i>Conclusion du chapitre 1</i>	<i>180</i>
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DU KINESITHEAPEUTE, UNE PRATIQUE PRUDENTIELLE DEVALUEE	183
<i>Introduction au chapitre 2.....</i>	<i>183</i>
<i>Section 1 : le travail hospitalier ou la dépendance au contexte médical.....</i>	<i>185</i>
<i>Section 2 : le travail en cabinet libéral, un travail prudentiel dévalorisé.....</i>	<i>213</i>
<i>Conclusion du chapitre 2</i>	<i>263</i>
CONCLUSION DE LA PARTIE 1.....	267
PARTIE 2 : LES REPRESENTANTS DES KINESITHEAPEUTES FACE AUX INSTITUTIONS DE TUTELLE : UNE PROFESSIONNALISATION CONTRAINTE PAR LE POIDS DES QUANTIFICATIONS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES.....	273
INTRODUCTION A LA PARTIE 2	275
CHAPITRE 3 : ENTRE UN TRAVAIL CHOISI PAR LES ACTEURS ET UNE DEMOGRAPHIE CONTROLEE PAR L'ADMINISTRATION, LA DIFFICILE EQUATION DES REPRESENTANTS SYNDICAUX	277

<i>Introduction au chapitre 3</i>	277
<i>Section 1 : Les kinésithérapeutes et leur travail : des choix d’acteurs qui engagent la corporation</i>	280
<i>Section 2 : Du nombre à la densité, l’instrument du dénombrement permet à l’Assurance Maladie d’imposer ses vues aux représentants des kinésithérapeutes libéraux</i>	313
<i>Conclusion du chapitre 3</i>	356
CHAPITRE 4 : LA RECHERCHE KINESITHERAPIQUE, UNE SOUMISSION A L’APPROCHE BIOMEDICALE QUI NE PERMET PAS UNE EMANCIPATION DE LA TUTELLE MEDICALE.....	359
<i>Introduction au chapitre 4</i>	359
<i>Section 1 : Le développement de la recherche en kinésithérapie s’inscrit dans le cadre des changements dans l’enseignement supérieur</i>	360
<i>Section 2 Les kinésithérapeutes s’emparent de la recherche : un alignement sur la biomédecine utilitariste qui restreint le champ des possibles.</i>	394
<i>Conclusion du chapitre 4</i>	455
CONCLUSION DE LA PARTIE 2.....	457
PARTIE 3 : LE RENOUVELLEMENT DU GROUPE PROFESSIONNEL : LES DISPOSITIONS SOCIALES DES IMPETRANTS COMME CLES DE LA PROFESSIONNALISATION	461
INTRODUCTION A LA PARTIE 3	463
CHAPITRE 5 : CLOTURE DE LA FORMATION PAR LE CONCOURS SCOLAIRE : LE CHANGEMENT GENRE ET SOCIAL AU CŒUR DE LA PROFESSIONNALISATION	465
<i>Introduction au chapitre 5</i>	465
<i>Section 1 Les structures de formation, un affermissement du contrôle des impétrants de France dans un contexte européen de libre marché</i>	467
<i>Section 2 Une professionnalisation par la féminisation et le recrutement d’impétrants à capitaux culturels élevés, un mécanisme qui crée des résistances</i>	514
<i>Conclusion du chapitre 5</i>	557
CHAPITRE 6 : INSTAURATION DE HIERARCHIES ESTUDIANTINES, UN MOYEN DE FAIRE CORPS MALGRE LES DISSENSIONS SUR L’APPROCHE DU METIER	561
<i>Introduction au chapitre 6</i>	561
<i>Section 1 Etudier à l’étranger, se préparer à une position périphérique dans le groupe professionnel</i>	563
<i>Section 2 Les stages comme lieux de régulation : entériner les hiérarchies</i>	612
<i>Section 3 Au cœur légitime du groupe professionnel : émergence de promoteurs de changement parmi les étudiants de France</i>	633
<i>Conclusion du chapitre 6</i>	668
CONCLUSION DE LA PARTIE 3.....	671
CONCLUSION GENERALE	673
1) <i>La professionnalisation, saisie par le travail et les dispositions des membres.</i>	675
2) <i>Le changement, imposer la réforme du métier sans segmentation brutale</i>	677

3) <i>Le travail professionnel : une autonomie de délibération dépendante des contextes.....</i>	678
4) <i>Limites : le manque de comparaison et l'unicité du point de vue sur le travail professionnel.....</i>	680
5) <i>Prolongements.....</i>	683
BIBLIOGRAPHIE	689
<i>Sources</i>	719
LISTE DES SIGLES	729
ANNEXES.....	731
<i>Annexe 1 Quotas d'étudiants admissibles dans les IFMK français, chiffres fournis par le bureau RH1 de la DGOS (p 311)</i>	731
<i>Annexe 2 Relevé du nombre d'étudiants selon leur nationalité, fourni par l'UB (p 312).....</i>	732
<i>Annexe 3 : questionnaire aux étudiants kinésithérapeutes (p 528).....</i>	733
<i>Annexe 4 Questionnaire aux membres du bureau national de la FNEK 2021-2022 (p 630).....</i>	741
<i>Annexe 5 Questionnaire aux élus nationaux du CNOMK 2021 (p 631)</i>	744
<i>Annexe 6 Questionnaire aux étudiantes diététiciennes (p 674)</i>	747
TABLE DES SCHEMAS, FIGURES ET TABLEAUX.....	755

Introduction générale

1) Les kinésithérapeutes : un corps professionnel saisi dans ses variations

a) Deux trajectoires distinctes

Hector et Enzo sont deux jeunes kinésithérapeutes¹ hommes² libéraux exerçant dans le sud de la France. Ils travaillent dans deux cabinets distincts, tous deux situés au sein d'une agglomération importante, où la densité de kinésithérapeutes, comme d'ailleurs de l'ensemble des professionnels de santé, est supérieure à la moyenne nationale. Tous deux partagent leurs locaux avec d'autres kinésithérapeutes et acceptent une clientèle « généraliste », essentiellement constituée de « petits » problèmes traumatologiques (entorses, suites d'opérations orthopédiques ne justifiant pas d'hospitalisation prolongée), de douleurs rhumatologiques (douleurs de dos, ou des articulations), d'handicaps neurologiques (des patients victimes d'hémiplégie notamment) ou de personnes âgées en perte d'autonomie motrice.

Décrits ainsi, ces travailleurs de santé sont catégorisés selon un métier³ commun. Ils sont pensés comme formant un groupe social distinct des autres et dont le fonctionnement est en régulière discussion avec « l'Etat ».

¹ Le terme administratif français est « masseur-kinésithérapeute ». En dehors de la Belgique, les autres pays européens préfèrent l'appellation « physiothérapeute ». Il sera choisi ici d'utiliser le terme abrégé « kinésithérapeute » : même si le massage est une technique historiquement importante en France, cette simplification ne trahit pas fondamentalement le métier nommé et facilite la lecture. Le terme « physiothérapeute » ne sera pas utilisé, y compris pour les diplômés étrangers qui peuvent, de fait, être des diplômés en « physiothérapie ». Mais, d'une part, ces diplômés seront d'abord étudiés en fonction de leur travail en France, c'est-à-dire après une autorisation d'exercice comme « kinésithérapeutes », et, d'autre part, le terme « physiothérapeute », peu utilisé en France, pouvait être porteur de confusion quant aux acteurs enquêtés.

² Le métier est historiquement masculin en France, bien qu'en cours de féminisation avec une parité atteinte au tournant des années 2000 pour les kinésithérapeutes diplômés (Agnès GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », *CNOMK*, 2020, p. 28.). Au vu de cet historique genré, les différenciant notamment du groupe professionnel paramédical numériquement le plus important, les infirmières, le masculin sera retenu pour désigner les kinésithérapeutes, tandis que le féminin sera utilisé pour les infirmières et les autres métiers de la santé historiquement féminins. L'écriture inclusive n'a pas été retenue ici, afin de laisser visible la division genrée et ses implications possibles en termes de division du travail.

³ Cette enquête, délimitant un objet de recherche qui suit les contours d'un métier tel qu'homologué par « l'Etat », contribue d'ailleurs à renforcer la réalité de cette catégorisation du social : « *c'est dans les luttes qui font l'histoire du monde social que se construisent les catégories de perception du monde social et du même coup les groupes construits selon ces catégories [...] La science la plus neutre exerce des effets qui ne le sont nullement : ainsi, par le seul fait d'établir et de publier la valeur prise par la fonction de probabilité d'un événement, c'est à dire, comme l'indique Popper, la force de la propension que cet événement a de se produire, propriété objective inhérente à la nature des choses, on peut contribuer à renforcer la "prétention à exister", comme disait Leibniz, de cet événement, en déterminant les agents à s'y préparer et à s'y soumettre ou, au contraire, les inciter à se mobiliser pour le contrecarrer en se servant de la connaissance du probable pour en rendre plus difficile, sinon impossible, l'apparition* ». Pierre BOURDIEU, *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982, p. 158-160.

Quel « Etat » pour réguler les kinésithérapeutes ?

La notion d'« Etat » est polysémique, quelques traits peuvent toutefois être esquissés : il s'agit d'abord d'une institution, c'est-à-dire une structure organisée stabilisant l'ordre social. Il a des effets par son existence propre, dépassant la simple somme de ses parties⁴, qui s'exercent sur un territoire donné. Il s'agit ensuite d'une institution autonome : il agit via des agents spécialisés (administratifs) distincts des administrés (ou de leurs représentants). Il existe une forme de verticalité dans l'action de l'Etat⁵, partiellement liée à une « centralité » mais pas seulement⁶ : des organes décentralisés peuvent aussi s'imposer⁷ auprès des structures locales. L'Etat exerce une forme de domination sur le reste de la société, via son organisation décrite par Max Weber comme « rationnelle-légale »⁸. A ce titre, l'Etat est un acteur majeur de rationalisation de la société⁹. Ces définitions cachent toutefois des acteurs variés, agissant au sein d'institutions étatiques aux intérêts parfois divergents. Plutôt que de parler d'« Etat » il sera le plus souvent mentionné les structures en question : Ministères (cabinets et administrations centrales), Caisses d'Assurance Maladie (malgré la position historique distincte de l'Etat via une gestion paritaire, fortement affaiblie aujourd'hui) ou Agences Régionales de Santé. Quelques institutions sont dans une zone « frontière », comme par exemple l'HAS (Haute Autorité en Santé), institution centralisée, cherchant à organiser le secteur sanitaire via des recommandations, tout en n'étant que partiellement autonome des administrés au vu du poids des experts indigènes (cas développé au chapitre 4). La notion d'« Etat » sera mobilisée dans cette thèse essentiellement à travers ses capacités à nommer et normer, en accord avec les analyses de James Scott¹⁰ ou Alain Desrosières¹¹, c'est-à-dire en référence à un cadre cognitif de régulation et rationalisation. Dans le détail des mobilisations, actions, mesures prises, se sont par contre les acteurs et les administrations concernées qui seront indiqués.

Si Hector et Enzo présentent une proximité géographique et des similitudes de genre et d'âge, leur mise en comparaison est sous-tendue par leur possession des titres scolaires adéquats qui autorisent des exercices de la kinésithérapie statutairement délimités. La définition légale d'un métier a un impact performatif sur celui-ci, en discussion permanente avec le travail réel ou les luttes au sein du système

⁴ C'est ce caractère d'institution qui justifie l'analyse de ses effets propres sous l'angle du néo-institutionnalisme. James MARCH et Johan OLSEN, « The new institutionalism : organizational factors in political life », *American political review*, 78-3, 1983, p. 734-749.

⁵ Renaud EPSTEIN, « La gouvernance territoriale : une affaire d'Etat La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires », *L'Année sociologique*, 66-2, 2015, p. 457.

⁶ Dans l'ouvrage régulièrement réédité de Bertrand Badie et Pierre Birnbaum, l'« Etat » et le « Centre » sont clairement distingués. Bertrand BADIE et Pierre BIRNBAUM, *Sociologie de l'Etat*, Paris, Pluriel, 2018.

⁷ Même si à l'aube des processus de régionalisation Pierre Grémion note déjà que les représentants de l'Etat ont aussi un rôle de négociation et d'intermédiaire auprès des pouvoirs locaux. Pierre GREMION, *Le pouvoir périphérique*, Paris, Le Seuil, 1976.

⁸ Etat définit comme une « entreprise politique de caractère institutionnel dont la direction administrative revendique avec succès dans l'application des règlements, le monopole de la contrainte physique légitime » Max WEBER, *Economie et société*, Paris, Pocket, 2003, p. 97.

⁹ « Comment l'Etat en est-il peu à peu venu à mieux connaître ses sujets et leur environnement ? [...] Des agents de l'Etat se sont attaqués à des pratiques sociales locales d'une extrême complexité quasiment illisible, comme les coutumes d'occupation foncière ou d'attribution de noms propres, et ils ont créé des grilles de lecture standardisées à partir desquelles les pratiques pouvaient être consignées et contrôlées centralement ». James C. SCOTT, *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*, Nachdr., New Haven, Conn., Yale Univ. Press, 2008, p. 16.

¹⁰ J. C. SCOTT, *Seeing like a state*, *op. cit.*

¹¹ Alain DESROSIERES et Emmanuel DIDIER, *Prouver et gouverner: une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte, 2014.

écologique concerné. Sans volonté de vérité universelle, les évolutions statutaires historiques permettent de saisir, au moins de manière provisoire¹², ce qui rassemble Hector et Enzo.

En France, les kinésithérapeutes sont titulaires du « diplôme d'Etat de masso-kinésithérapie », ou d'un titre européen reconnu équivalent, réglementé par le code de la santé publique. Deux dates sont à retenir dans cette perspective légale : 1946 avec la création du titre de masseur-kinésithérapeute et 2015 avec une réécriture de la définition professionnelle dans les textes.

Bien que des versions intermédiaires aient existé entre 1946 et 2015, le préambule de 1946 reste peu modifié jusqu'à la réécriture intégrale de 2015 :

« *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-kinésithérapeute [...]. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur **ordonnance médicale**.* »
Préambule de la loi du 30 Avril 1946 (nous soulignons en gras).

En dehors du rappel de la préférence nationale dans les professions de santé, supprimée tardivement¹³, l'évocation de ce texte fondateur pointe l'importance des médecins : l'acte thérapeutique n'est autorisé que sur leur demande écrite. Le métier est alors défini par ses techniques : le kinésithérapeute est celui qui pratique le massage et la gymnastique médicale, c'est-à-dire des procédés codifiés préalablement. Dans cette formulation, il n'y a pas d'autonomie thérapeutique (possiblement distincte d'un diagnostic et pronostic médical), elle reste l'apanage du médecin qui délègue l'exécution de certains gestes à un aide. C'est cette définition par les techniques qui a été modifiée en 2015 :

« *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le **diagnostic** kinésithérapique et le traitement :*
1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.
*Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la **recherche** [...] Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur **prescription médicale** et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales.* »¹⁴
Décret du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (nous soulignons en gras).

Légalement, la kinésithérapie passe d'un travail caractérisé par des techniques autorisées (massages, gymnastiques) à une activité autorisée à prendre en charge des problèmes de santé : « *les troubles du mouvement et de la motricité* » et « *les déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles* ». C'est-

¹² L'approche légale du métier permet une première délimitation. « *La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification.* » Emile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, 16ème édition., Paris, Presses universitaires de France, 1967, p. 127.

¹³ Cette obligation de nationalité est supprimée en 1985 pour les kinésithérapeutes, alors que les médecins européens se voient accorder des autorisations d'exercice à partir de 1977 (la situation reste plus variable pour les médecins hors Union Européenne). Marc-Olivier DEPLAUDE, *La hantise du nombre: une histoire des numerus clausus de médecine*, Les Belles Lettres., Paris, 2015, p. 322.

¹⁴ Article L4321-1 du code de la santé publique

à-dire qu'il y a désormais délégation (les médecins sont toujours partie prenante) d'un domaine du soin, grâce à un arsenal professionnel reconnu (et emprunté à la médecine) : un « diagnostic » (limité par sa mention de « kinésithérapie ») et une thérapeutique libre. Le lien de subordination à la profession médicale reste présent mais est affaibli : l'ordonnance obligatoire peut être adaptée¹⁵.

Enfin la mention d'une « recherche », ouvrant la possibilité de production d'un savoir propre, entérine peut-être le plus symboliquement la marge d'autonomie concédée par ce texte. Elle laisse ainsi une arme politique de premier choix à la corporation kinésithérapique, qui est ainsi invitée à créer tout un appareillage justificatif d'un savoir propre et d'un service à la population dans un domaine de santé¹⁶.

Les kinésithérapeutes sont envisagés en rapport avec la figure dominante du médecin qui les empêche d'être totalement autonomes dans la détermination de leur travail¹⁷. Dans le même temps, ils disposent légalement d'un domaine d'activité extrêmement vaste (la motricité et les altérations fonctionnelles) qui leur permet de prétendre à toute une gamme d'activités humaines.

Ces définitions légales permettent de percevoir des tensions existantes au sein de la kinésithérapie où s'opposent une approche par les actes autorisés et une approche par la compétence dans un domaine du soin. Cette opposition se retrouve chez Hector et Enzo, dès lors que leurs trajectoires biographiques sont mises en lumière.

Hector est issu d'une famille de la classe moyenne supérieure, très dotée en capitaux culturels : sa mère est diplômée de l'Université, bien que femme au foyer se consacrant à l'éducation de ses enfants, tandis que son père est officier dans l'armée (master de géologie, affectation aux unités de cartographie d'états-majors). Cette position sociale familiale est relativement stable, avec des grands-parents maternels infirmière et instituteur d'une part et des grands-parents paternels tous deux enseignants du secondaire d'autre part. Ces capitaux culturels sont favorables à la réussite scolaire d'Hector : il obtient un bac S avec mention très bien et intègre une faculté de médecine de province, dans la moitié Nord de la France. Son projet déclaré est alors de devenir kinésithérapeute : il a découvert ce métier suite à une blessure de son père, qu'il a accompagné en rééducation de ville, mais aussi grâce à une pratique sportive personnelle assidue (il a un niveau national en judo). Il valide cette année de sélection « *sans pousser*

¹⁵ Le PLFSS (Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale) de 2022 (publié au JO du 24 décembre 2021) prévoit des expérimentations d'« accès direct » sans prescription médicale.

¹⁶ Le domaine de compétence des kinésithérapeutes défini légalement est ambiguë :

-Il est fait référence à la « motricité », c'est à dire des mouvements humains volontaires altérés. Mais les « soins du mouvement » sont aussi cités dans la définition complète, indiquant des possibilités quant à des motricités plus larges que les seules motricités volontaires. Il s'agit alors de mouvements involontaires (il peut s'agir des mouvements respiratoires) ou à créer (il peut s'agir des mobilisations vertébrales recréant des mouvements dans des zones immobilisées).

-Il est par ailleurs fait référence à des altérations fonctionnelles, qui peuvent être les répercussions des troubles de motricité, mais rajoutent aussi d'autres possibilités (des altérations fonctionnelles ayant des origines autres que motrices). Mouvements et altérations fonctionnelles semblent alors dessiner un espace un peu plus large autour du domaine principal de la motricité.

¹⁷ Ils ne peuvent s'intéresser aux troubles moteurs que si les médecins les y autorisent. Les réhabilitations motrices basées sur la chirurgie, par exemple, sont interdites aux kinésithérapeutes.

plus que ça [...] assez tranquillement », et se retrouve parmi les premiers classés, ce qui lui ouvre la porte d'autres cursus en santé, comme médecine, qu'il refuse au profit de la kinésithérapie. Il intègre ainsi un IFMK public de province, à frais d'inscription alignés sur les tarifs universitaires. Ces origines sociales se retrouvent chez de nombreux étudiants d'IFMK français, d'après la DREES¹⁸ en 2020, 40,6% d'entre eux sont des enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles.

Enzo est aussi issu d'une classe moyenne de province, avec une famille regroupée dans une région du sud de la France. Sa mère est directrice adjointe d'une agence pôle emploi tandis que son père est technicien hospitalier. La trajectoire familiale se présente comme moins stable que celle d'Hector, avec une ascension sociale¹⁹ du côté maternel (grand-mère employée des impôts et grand-père ouvrier dans une usine d'un bassin minier) et une situation descendante du côté paternel (grand-mère agrégée de droit, enseignante universitaire, élue locale et grand-père musicien de jazz, ayant enregistré plusieurs albums de diffusion nationale). Si la trajectoire scolaire d'Enzo rappelle qu'il n'est pas issu d'une famille exempte de capitaux culturels, ses résultats sont insuffisants pour intégrer un IFMK français : à l'issue d'un bac S mention assez bien il tente de passer les concours²⁰, sans succès malgré « *beaucoup de boulot pour en soit, rien* ». Se rendant rapidement compte que ses résultats scolaires seront insuffisants, il demande alors à entrer dans une université privée de kinésithérapie du Nord de l'Espagne, région dont il est géographiquement proche. Il est accepté assez facilement : le niveau scolaire requis est plus modeste qu'en France (le plus souvent il suffit d'avoir validé un baccalauréat). Par contre les frais de scolarité sont intégralement à la charge des familles (entre 5000 et 10000 euros l'année, pour un cursus de 4ans) ce qui implique des capitaux économiques conséquents. Sa trajectoire illustre un mouvement massif débuté à la fin des années 1990 : si, actuellement, près de 2500 diplômés sortent des IFMK français tous les ans, 2000 autorisations d'exercices sont accordées chaque année à des diplômés européens, majoritairement français²¹.

Le rapport aux études de ces deux enquêtés diffère aussi. Hector présente rapidement une insatisfaction : les cours, très souvent obligatoires, ne lui semblent pas toujours assez actualisés. Il regrette la trop

¹⁸ La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, dont l'enquête annuelle sur les écoles permet une première approche des catégories sociales d'origine des étudiants. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-etudiants>, accessible le 13/05/2022.

¹⁹ On retrouve une forme de hiérarchisation des positions sociales chez de nombreux sociologues, dans la lignée notamment de Maurice Halbwachs et sa métaphore du « feu de camp ». Certaines classes sociales (les ouvriers) seraient marginalisées et hiérarchiquement déclassées par rapport au foyer central de la société, occupé par les classes les plus instruites. Pourtant, les termes « d'ascension » ou de « descente » qui en découlent sont surtout des jugements de valeur, sans doute ethnocentrés (l'ascension sociale semble plus positive). Même s'il s'agit en réalité de changements sociaux, pouvant entraîner des difficultés et des sentiments de rejets dans les deux sens, ces terminologies sont conservées au vu de leur clarté quant aux mobilités désignées.

²⁰ Jusqu'à la rentrée 2017, la sélection pour entrer en IFMK était variable : dans un nombre grandissant de cas il fallait être bien classé suite à une année universitaire, le plus souvent médecine, parfois via STAPS ou biologie. Certains IFMK conservaient pourtant un « concours privé » historique, avec des épreuves de biologie, physique et chimie, le plus souvent préparé dans des officines privées. Ces concours ont pris fin après 2017 pour une sélection universitaire très proche de celle des étudiants en médecine.

²¹ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

grande part de transmission de « recettes » éprouvées par ses prédécesseurs au détriment d'une approche « scientifique », c'est-à-dire via une évaluation des pratiques suivant les canons de l'Evidenced Based Medicine²². Il réalise d'ailleurs, en parallèle à ses études, grâce à un partenariat IFMK-Université et un planning adapté, un master universitaire préparant à la recherche en « sciences de la rééducation ». Si les poursuites d'études universitaires ne sont pas la norme pour ces jeunes kinésithérapeutes formés en France, ils témoignent d'un rapprochement récent des IFMK, initialement écoles de santé privées ou hospitalières, et des Universités. C'est au sein de celles-ci que, progressivement, les IFMK se sont mis à recruter leurs impétrants (via le concours de médecine notamment). C'est aussi en collaboration avec celles-ci que des cursus se sont ouverts, permettant des poursuites d'études pour les kinésithérapeutes. Cela témoigne d'un changement dont les effets sont majeurs pour ce groupe social.

De son côté, Enzo suit une formation ibérique où la présence est peu contrôlée : il réalise très rapidement un « tri » entre les matières au profit de celles qu'il juge intéressantes. Pour les autres, il s'appuie essentiellement sur les annales de cours et d'examens que s'échangent les étudiants afin d'assurer la validation du diplôme. Il apprécie essentiellement les apprentissages pratiques, où des enseignants « *rentrent dans le concret* » et partagent des exercices. Loin d'être satisfait du côté universitaire de la formation, il la complète, dès son retour en France, par des formations courtes visant à lui apprendre les techniques utiles à son métier : un Diplôme d'Université (« *parce qu'on a le droit de l'afficher sur la plaque* ») en rééducation maxillo- faciale et des formations courtes en kinésithérapie du sport.

L'entrée d'Hector dans le monde du travail témoigne du poids de sa socialisation dans un milieu de cadres supérieurs. Il liste les villes qu'il trouve attractives (des métropoles régionales) et choisit une ville du sud de la France où il cherche un emploi en libéral²³ : le cabinet qu'il intègre auprès d'une « titulaire » (possédant les parts de la « société » support légale du cabinet) est essentiellement choisi pour sa localisation en centre-ville (il ne souhaite pas se déplacer en véhicules à moteur). Les échanges avec sa « titulaire » (formée en France) sont alors faibles, il n'entend pas tellement suivre ses conseils, mais plutôt prendre ses propres décisions en suivant les recommandations issues de la « science » tout en les comparant aux évolutions cliniques qu'il note. Cette indifférence aux praticiens plus âgés se double d'un certain déni de la position d'auxiliaire médical. Hector a obtenu le droit d'accéder aux études de médecine et a préféré la kinésithérapie, qu'il envisage comme une médecine de la motricité. Cette identification à la profession médicale se retrouve dans sa vie personnelle : il vit en collocation avec des

²² Plus que le contenu de l'EBM qui sera détaillé au chapitre 4, il est possible de retenir de cette approche « evidenced based » qu'il s'agit d'un projet politique visant à « *unir les médecins [ici par extension les autres acteurs de santé] par la science* ». Henri BERGERON, Patrick CASTEL et Boris HAURAY, « Evidence-based medicine », in Emmanuel HENRY (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise: santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 140-148.

²³ En France, 85% des kinésithérapeutes exercent en ville, où ils sont historiquement conventionnés avec l'Assurance Maladie. De ce fait, leurs tarifs sont régulés (via des négociations conventionnelles) et remboursés aux assurés (en dehors d'exonérations particulières, 40% du tarif est cependant à la charge des complémentaires santé et non de l'Assurance Maladie). 15% des kinésithérapeutes exercent en secteur hospitalier, où le nombre de poste est discuté avec les services des ressources humaines de chaque structure.

internes en médecine, évoqués comme des collègues et amis. Ses courriers aux médecins constituent des modèles de déni de leur autorité : il ne s'adresse jamais à eux en les appelant « Docteur » mais « cher collègue ». Il n'hésite pas à les appeler au téléphone, lorsqu'il en ressent le besoin, pour donner son avis diagnostique ou demander des examens complémentaires. Il choisit seul le contenu et la durée du traitement, en fonction de son propre bilan et des données de la « science », avec pour objectif « *d'autonomiser au plus vite les gens* » : il aborde son métier comme celui d'un diagnosticien du mouvement, cherchant à comprendre le problème, proposant des clés de résolution qu'il peut démontrer sur quelques séances, avant d'interrompre le traitement une fois les consignes données au patient. Il s'agit, pour lui, d'éviter le « sale boulot »²⁴, c'est-à-dire le travail répétitif et quotidien d'un exécutant de thérapeutiques qui règle des appareils ou exécute des massages et des mobilisations.

Enzo se présente en revanche comme un technicien, par opposition à professionnel, c'est à dire un travailleur réalisant des techniques pensées en dehors de lui. Il a été formé en Espagne où la kinésithérapie constitue une activité non remboursée, ce qui la place à distance du monde médical : le système de santé espagnol compte peu de kinésithérapeutes hospitaliers et pas de prises en charges publiques dans les soins de ville, contrairement aux soins médicaux ou infirmiers. La pratique kinésithérapique y est ainsi libérale et très commerciale, très marquée par des soins de bien-être, esthétiques ou en lien avec diverses formes d'activité physique. De retour en France, Enzo ne communique pas avec les médecins de son environnement. Il ne les appelle pas et n'envoie pas de courriers : il n'en voit pas la nécessité, il s'appuie sur les prescriptions par ordonnance et sait ce qu'il a à faire. Il dispose d'une palette de thérapeutiques qu'il mobilise en fonction des besoins. Une grande part de sa clientèle est constituée « d'habités », c'est-à-dire de patients ayant des troubles chroniques et qui viennent régulièrement le voir pour bénéficier de soins dont ils ont mutuellement convenu. Ce travail n'est pourtant pas le plus satisfaisant pour lui : il préfère les interventions sur les « jeunes », c'est-à-dire des « *sportifs, pas de haut niveau, mais des jeunes du coin qui font du sport* », ou encore sur des patients qu'il « *a la chance que des chirurgiens [lui] envoient* ». Les prises en charge sont alors plus courtes (le temps de la résolution du problème traumatique sportif ou opéré), ce qui apporte une variété à son travail, sans changer globalement sa pratique : il applique là-aussi des techniques apprises sur des patients de médecins qu'il ne dérange pas avec ses problèmes de choix des procédés thérapeutiques. C'est vers les « titulaires » (au nombre de deux dans son cas, l'un formé en Belgique, l'autre en France) qu'il se réfère en cas de problème, en leur demandant d'assister à une séance et le conseiller ou en leur renvoyant les patients qu'il peine à soigner. En d'autres termes, il tente de résoudre les incertitudes d'abord par la mobilisation d'expériences de kinésithérapeutes plus âgés.

De manière plus générale, ces trajectoires semblent explicatives de leur relation au métier. Hector entend faire évoluer son métier vers le modèle médical. Il s'est ainsi engagé dès les études au sein de

²⁴ Everett C. HUGHES et Jean-Michel CHAPOULIE, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996, p. 75-87.

l'organisation représentant les étudiants kinésithérapeutes, la FNEK²⁵, dont il est devenu président. L'un de ses combats a porté sur l'alignement de la kinésithérapie sur la médecine, à la fois au niveau du recrutement (des réformes de l'entrée en études de santé ont été discutées durant son passage à la FNEK) et du statut (il milite pour que la kinésithérapie, classée comme paramédicale, soit reconnue profession médicale). De la même manière, il milite pour une « universitarisation » des formations de kinésithérapeutes : elles devraient, selon lui, s'éloigner du modèle d'apprentissage en écoles de santé pour s'aligner sur la formation universitaire médicale. Il s'agit d'obtenir une reconnaissance symbolique mais aussi de faire évoluer les contenus vers plus d'apprentissages théoriques et de recours à la « science » légitime. C'est ainsi que dès sa première année post-diplôme, il s'intéresse à la formation et obtient des vacances dans trois IFMK, notamment autour du suivi des mémoires de fin d'études. Sans réelle expérience pratique à partager, il se sent légitime pour enseigner sous couvert d'un master universitaire, sanctionnant son approche « scientifique ».

A l'inverse, Enzo est satisfait du métier de kinésithérapeute et n'a aucune appétence pour la représentation (il sait qu'un des « titulaires » de son cabinet est syndiqué, mais ignore le nom des organisations représentatives de la kinésithérapie). Ses projets sont de deux ordres : créer un jour son « *propre cabinet* » et devenir ostéopathe. Il justifie ces choix par l'idée d'ainsi être maître de son exercice et d'élargir sa palette à des thérapeutiques considérées comme plus efficaces et plus rémunératrices : il pourra ainsi réaliser des actes « *déconventionnés* » (non remboursés par l'Assurance Maladie). Si les études d'ostéopathie ne sont pas initiées dans les premières années post-diplôme c'est qu'il se sent illégitime : il lui semble important « *de se faire la main d'abord* ». Interrogé sur des possibles projets d'enseignement, il répond ne pas y avoir songé mais juge impensable de le faire avant sa fin de carrière, quand il aura acquis une expérience substantielle à partager.

Ces trajectoires, selon la logique de cas-limite (Hector est un représentant étudiant de premier plan), montrent un écart grandissant entre kinésithérapeutes. Les impétrants formés en France possèdent des capitaux culturels, sont légitimés par la logique de concours et s'alignent sur la profession médicale et son modèle scientifique pour promouvoir une amélioration du métier. Mais d'autres sont formés à l'étranger, à l'image d'Enzo en Espagne, en mettant à contribution leurs capitaux économiques. Ils proposent une kinésithérapie plus technique, plus en adéquation avec sa position administrative d'auxiliarat médical, et proposent plutôt une extension du métier (vers l'ostéopathie) plutôt qu'un changement de position sociale.

b) Entre la diversité des acteurs et les communs d'une profession

²⁵ Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes.

Les trajectoires biographiques d'Hector et Enzo nous renseignent sur la variabilité des situations derrière la catégorisation par groupes professionnels. Comment approcher l'organisation du travail des kinésithérapeutes à la lumière des différences que j'ai choisi de pointer ? En s'en tenant à une approche positiviste²⁶, le rôle d'auxiliaire médical, le métier manuel, des études supérieures plutôt longues et ouvrant des droits spécifiques dans un monde du travail français (marché du travail protégé et revenus supérieurs à la médiane nationale) ou encore l'évolution genrée seraient autant de données à regarder froidement pour décrire la kinésithérapie. Or s'en tenir à la description de ce qui fait groupe tend à naturaliser ces catégories et à invisibiliser l'importance des différences internes dans l'explication des phénomènes sociaux. Les singularités d'Hector et Enzo montrent que le réel présente d'innombrables variations, supposant des processus sociaux sous-jacents non immédiatement perceptibles. Pour les prendre en compte, la démarche adoptée dans cette thèse est celle d'une approche compréhensive : des formes de catégorisations sont nécessaires pour rendre intelligible l'objet mais elles ont été construites par la discussion permanente entre la question de recherche, les matériaux empiriques récoltés et la comparaison à la littérature existante. En quelque sorte, l'approche constructiviste adoptée impose un double mouvement d'objectivation des différences et de catégorisations explicatives de celles-ci²⁷ (par construction à la fois empirique et s'attachant à bénéficier de la cumulativité de la science).

Au-delà de l'aspect unitaire des professions, analysé au travers de leur rôle social pour Talcott Parsons²⁸, de leur normativité (illégitime) vis-à-vis des impétrants pour Howard Becker²⁹ ou d'un travail particulier pour Florent Champy³⁰ voire « le second » Eliot Freidson³¹, Enzo et Hector montrent des variations internes³². Ils ont connu des systèmes d'enseignement différents et ont vécu différemment la manière d'étudier. Hector revendique un rôle de médecin du mouvement (dans toutes ses composantes de profession idéal-typique) tandis qu'Enzo adopte un rôle d'exécutant. Enfin, Enzo et Hector proposent

²⁶ Comme beaucoup de terme en « -iste », la définition de courant laisse une large place à l'interprétation quant aux positionnements réciproques. Néanmoins, ici, le positivisme en sociologie, découlant d'Auguste Comte, est évoqué comme la tendance à considérer que la réalité suit des lois, accessibles par l'observation et reproductibles. Cette réalité existe « par elle-même » et demande à être dévoilée par le chercheur, presque indépendamment de la construction de l'objet de recherche. Dans une approche strictement positiviste, les faits sociaux sont par eux-mêmes des données donnant l'illusion de pouvoir faire science par le constat brut.

²⁷ François Buton et Nicolas Mariot parlent de dé-singularisation et de re-singularisation. François BUTON et Nicolas MARIOT, « Surmonter la distance. Ce que la socio-histoire doit aux sciences sociales », in *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 14.

²⁸ Talcott PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », in *The social system*, Ulan press., 1951, p. 288-322.

²⁹ Howard Saul BECKER, *Boys in white: student culture in medical school*, New Brunswick, N.J, Transaction Books, 1977.

³⁰ Florent CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses universitaires de France, 2011, p. 145-167.

³¹ Eliot Freidson, après une première partie de carrière très critique vis-à-vis des professions, modifie son discours en axant son analyse sur leurs particularismes qui les distinguent d'un travail « bureaucratique » ou de « libre échange ». Eliot FREIDSON, *Professionalism: the third logic*, Reprint., Cambridge, Polity Press, 2004.

³² Les segmentations internes aux professions sont largement documentées, de Bucher et Strauss à Florent Champy. Rue BUCHER et Anselm STRAUSS, « Professions in Process », *American journal of Sociology*, 66-4, 1961, p. 325-334 ; Florent CHAMPY, *La sociologie des professions*, 2ème édition., Paris, Presses universitaires de France, 2012, p. 95-141 ; F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 167-205.

des variations dans leur rapport au travail (utilisation du savoir ou de l'expérience, projets d'accumulations de capitaux économiques ou de capitaux culturels et symboliques). Autrement dit, sous le même titre, catégorisant un travail, se retrouvent les tensions maintes fois évoquées entre « métier » et « profession » : études sélectives ou non³³, activité appuyée par la recherche scientifique ou non³⁴, importance du diagnostic ou exécution de procédures, maîtrise de son écologie professionnelle ou concentration sur sa tâche dans le respect de la division du travail³⁵. Cela conduit à pointer une segmentation interne au groupe sociale des kinésithérapeutes et à construire de nouvelles catégorisations, permettant la compréhension de celle-ci, en fonction de l'origine de diplôme, des classes sociales des membres ou du rapport au travail.

Cette construction répond aux besoins d'une enquête empirique qui s'intéresse à deux traits particuliers aux kinésithérapeutes. D'une part les kinésithérapeutes de France sont le produit d'intenses flux migratoires européens : comme Enzo, près de la moitié des entrants sur le marché du travail sont formés dans un autre pays européen, tout en étant majoritairement (60%) français³⁶. Cela interroge dans le cadre de métiers de la santé d'abord pensés nationalement³⁷ et protégés par un diplôme soutenu par la « banque de capital symbolique » qu'est l'Etat³⁸. D'autre part, la kinésithérapie ne répond que partiellement à la définition sociologique des professions. En ce sens, les tensions internes à ce groupe social et les volontés de déplacement social, comme par exemple chez Hector, interrogent le processus de construction d'une profession.

Éléments de définition d'une profession

La définition même du concept sociologique de profession est une gageure. Celle-ci varie selon le cadre national (sociologie anglo-saxonne ou « continentale »³⁹) ou l'approche sociologique retenue, avec l'opposition canonique entre fonctionnalistes et interactionnistes⁴⁰. Pour les premiers, les

³³ Eliot Freidson met en lien la sélectivité des études et la protection du marché du travail. « *An essential characteristic of professionalism lies in controlling the number of practitioners entering the labor market by imposing stringent standards on admission to professional school and requiring candidates to pass some sort of examination in order to obtain their qualifying credential* ». E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit., p. 93-95.

³⁴ Il est à noter que, sur ce point, Talcott Parsons émet quelques nuances, en signalant que le recours à la science est aussi symbolique et qu'il peut parfois laisser une grande place à des superstitions, des traditions et des croyances magiques. T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit., p. 291.

³⁵ Everett Hughes signale dès le milieu du 20^{ème} siècle que les médecins ont une propension à se positionner sur tout ce qui entoure la culture médicale (patients, entreprises, autres soignants). Il analyse aussi l'importance et la valorisation spécifique du diagnostic dans cet espace. Everett C HUGUES, « The making of a physician. General Statement of Ideas and problems », *Human Organization*, 14-4, 1956, p. 21-25.

³⁶ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

³⁷ Marc-Olivier DEPLAUDE, « Une xénophobie d'État ? : Les « médecins étrangers » en France (1945-2006) », *Politix*, 95-3, 2011, p. 207.

³⁸ Pierre BOURDIEU, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit, 2002, p. 165.

³⁹ Julia EVETTS, « Similarities in Contexts and Theorizing: Professionalism and Inequality », *Professions and Professionalism*, 2-2, 2012.

⁴⁰ Pierre Michel Menger ou Claude Dubar ont produit des ouvrages de synthèse analysant ces différentes approches et des états des lieux au tournant des années 2000 (Pierre-Michel MENGER (dir.), *Les professions et leurs*

professions se caractérisent par leur rôle de régulation de l'ordre social assuré par des acteurs distincts du reste de la société (s'auto-régulant, plutôt désintéressés, disposant d'un savoir approfondi). Les seconds se posent comme opposants aux premiers et dénoncent la part d'idéologie dans ce discours, en contradiction avec la réalité des observations empiriques : les professionnels sont des travailleurs comme les autres, ayant réussi à obtenir des privilèges (protection du titre professionnel, du marché du travail, revenus confortables). Pourtant quelques traits communs peuvent être notés permettant une première approche, utile pour comprendre en quoi les kinésithérapeutes se rapprochent ou se différencient de cet idéal-type construit pour l'analyse.

Sans préjuger de sa légitimité, au niveau de la formation un accord existe sur la longueur nécessaire⁴¹, un équilibre entre savoirs généraux (essentiellement universitaires) et apprentissages de techniques enseignées par des pairs⁴².

Au niveau du travail lui-même, une forme de clôture existe, souvent fruit d'une discussion entre professions et Etat⁴³. A ce titre les professions sont généralement dotées d'institutions de représentation ou d'auto-organisation⁴⁴ (typiquement les « ordres » français ou « board » américains) qui servent d'interlocuteurs aux acteurs de terrain comme aux représentants des tutelles administratives nationales. Le travail est souvent lié à des activités de service⁴⁵, dont la forte composante de jugement humain explique une notion d'incertitude⁴⁶ et une autonomie nécessaire à la bonne marche de l'activité⁴⁷. A ce titre, le travail professionnel est, de manière idéal-typique, distinguable à la fois du travail « commercial » basé sur le libre-échange et la faible protection des titres et du travail « bureaucratique » basé sur la régulation par la hiérarchie et l'application verticale de la règle⁴⁸.

En lien avec ces constats d'études longues et de fortes incertitudes dans le travail, Florent Champy propose alors que les professions se distinguent par une activité « prudentielle »⁴⁹. Pour réaliser leur travail, les professionnels doivent réaliser des paris en situation de forte incertitude. Pour réaliser ces tâches complexes⁵⁰, ils prennent en considération à la fois les données de la science, les savoir-faire transmis par leurs pairs et leur expérience.

sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions: actes du colloque de la société française de sociologie, Paris, octobre 1999, Paris, Maisons des sciences de l'homme, 2003 ; Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, *Sociologie des professions*, 2013.)

⁴¹ H. S. BECKER, *Boys in white*, *op. cit.*

⁴² Cela est particulièrement vrai dans les professions de Santé. Pierre AÏACH et Didier FASSIN, *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Ed. de l'Espace européen, 1992.

⁴³ Chez Andrew Abbott, cette notion de protection est particulièrement importante. Andrew Delano ABBOTT, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, p. 59-85.

⁴⁴ Pour Richard Scott, certains acteurs ont ainsi un rôle d'édition des normes internes au groupe social, d'autres un rôle de négociation de l'encadrement légal tandis que d'autres encore sont des « créateurs » repoussant les frontières du groupe professionnel. Richard SCOTT, « Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents », *Organization Studies*, 29-2, 2008, p. 219-238.

⁴⁵ L'activité de service est immédiatement sensible pour les professions du droit ou de la médecine. Mais même dans le cas des architectes, mobilisé par Florent Champy, c'est bien le jugement humain quant à l'intégration des constructions dans leur environnement, l'harmonie interne et externe du bâti qui conditionne la prestation architecturale. F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, *op. cit.*, p. 57-104.

⁴⁶ Les moyens de réguler cette incertitude sont particulièrement analysés par Hélène Buisson-Fenet dans le cas des enseignants. Hélène BUISSON-FENET, « Des professions et leurs doutes : procédures d'orientation et décisions de « reorientation » scolaire en fin de seconde », *Sociétés contemporaines*, 59-60-3, 2005, p. 121.

⁴⁷ L'autonomie est l'un des fils conducteurs du travail d'Eliot Freidson, d'une dénonciation de celle-ci et de ses excès dans un premier temps, à la reconnaissance de celle-ci comme spécificité des professions dans un second temps. (Eliot FREIDSON, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984 ; E. FREIDSON, *Professionalism*, *op. cit.*) Nicolas Belorgey, dans sa thèse, montre les menaces sur cette autonomie et la mise en tension du travail médical hospitalier. Nicolas BELORGEY, « Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public » EHESS, Paris, 2009.

⁴⁸ E. FREIDSON, *Professionalism*, *op. cit.*

⁴⁹ F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 80-94.

⁵⁰ Florent CHAMPY, « Editorial : complexity, routines, and reflexivity in professional work », *Professions and Professionalism*, 8-1, 2018, p. 8.

Parallèlement, comme l'ont repéré plusieurs sociologues français des années 1970, les professionnels appartiennent aux couches les plus privilégiées de la société⁵¹. Au-delà de cette position partagée dans la stratification sociale, Florent Champy note que les mêmes professions se retrouvent protégées dans la plupart des pays⁵², ce qui constitue une régularité remarquable malgré des variétés de contextes nationaux. Cela accrédite l'idée d'une activité singulière qui s'impose par-delà les contingences locales présidant à l'organisation du travail et les arbitrages sociaux⁵³. Il est à noter ici que, pour les kinésithérapeutes, c'est justement la disparité de situations nationales, rendue visible par les migrations, qui a été le point de départ de ce travail.

Ces éléments permettent de préciser les choix des termes. La notion de « profession » renvoie à sa définition d'emploi libéral et savant, empreint de savoirs, alors que le « métier » peut renvoyer à un travail plus technique, plus empreint de savoir-faire. Dans le même temps la notion de « métier » semble un peu plus large que celle de « profession » : « *L'accès à un statut professionnel permet de réserver l'exercice du métier aux seuls membres habilités et leur accorde des attributs distinctifs de reconnaissance sociale* »⁵⁴. Concernant les kinésithérapeutes, l'analyse sociologique française la plus aboutie sur ce groupe est sans doute à mettre au crédit de Christophe Gaubert⁵⁵. Il précise que la soumission au pouvoir médical, l'incorporation d'une position auxiliaire et la primauté donnée à la maîtrise technique dans les IFMK parisiens de la fin du XXème siècle empêche de parler de « profession » kinésithérapique. Le terme « métier » sera donc mobilisé, mais au sens large, c'est-à-dire sans le limiter spécifiquement au travail artisanal ou manuel, mais comme travail défini, socialement identifié, dont les « professions » ne seraient qu'un sous-groupe. Il sera parfois remplacé par le terme « groupe professionnel » dans le même esprit de dépassement de la distinction anglo-saxonne profession/occupation⁵⁶. Il s'agit alors, derrière ce terme, d'échapper à la catégorisation restrictive des professions anglo-saxonnes tout en utilisant, pour des métiers proches, les concepts forgés pour les professions, comme la maîtrise du travail, de la formation nécessaire ou de l'écologie. Dans notre cas particulier, la thèse ne portera pas sur la détermination de la position des kinésithérapeutes de part ou d'autre d'une frontière arbitraire entre profession idéal typique et non profession, mais plutôt sur l'explication de cette position intermédiaire et les changements en cours. En ce sens, la mobilisation de la terminologie « groupe professionnelle », « *ensemble flou, segmenté, en constante évolution, regroupant une activité ayant le même nom, doté d'une visibilité sociale et d'une légitimité politique suffisantes, sur une période significative* »⁵⁷, est particulièrement adaptée. Enfin, une dernière distinction sera faite avec la « corporation ». Si, dans le sens Durkheimien, la corporation est socialisatrice (ce qui est le cas aussi des « métiers » et « professions »), elle est aussi un intermédiaire constitué avec l'Etat : « *[Elle reçoit] sa légitimité politique dans la régulation des échanges qu'elle rend possible entre l'Etat et la société civile* »⁵⁸. C'est particulièrement dans ce sens d'institution capable de négocier avec le politique ou l'administration (via la négociation syndicale, l'édiction de règles ordinales ou la construction scientifique) que sera utilisé « corporation ».

Ce choix de termes souligne d'une part la position de départ de l'enquête : les savoirs sociologiques accumulés catégorisent la kinésithérapie comme « métier » ou « groupe professionnel ». Mais aussi

⁵¹ Haroun Jamous et Bernard Peloille font partis des auteurs qui ont le plus mis en avant ces caractéristiques. Haroun JAMOUS et Bernard PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », *Professions and Professionalization*, 1970, p. 5-55.

⁵² F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 174-175.

⁵³ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit., p. 33.

⁵⁴ Norbert ALTER, *Sociologie du monde du travail*, Paris, Presses universitaires, 2012, p. 63.

⁵⁵ Christophe GAUBERT, « Le Sens des limites » EHESS, Paris, 2006.

⁵⁶ Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009.

⁵⁷ Claude DUBAR, « Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif », in *Les professions et leurs sociologies. Modèles critiques, catégorisations, évolutions*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2003, p. 51-60, p. 51.

⁵⁸ Pour Durkheim il ne s'agit pas uniquement de défense d'intérêt particulier (il parle alors de formation corporatiste) mais d'une entité permettant l'application de la règle au sein de la profession et d'une institution intermédiaire entre société et Etat. Claude GAUTIER, « Corporation, société et démocratie chez Durkheim », *Revue française de science politique*, 44-5, 1994, p. 836-855.

le trajet suivi durant l'enquête : quels éléments tendent à rapprocher ou éloigner la kinésithérapie du modèle « professionnel » ?

Pour résumer, la démarche scientifique adoptée s'est penchée de manière inductive sur les disparités du groupe professionnel des kinésithérapeutes approché de manière monographique. Ces disparités, au sein d'un groupe social marqué par une position intermédiaire évolutive dans la division du travail en santé et par des flux de travailleurs présentant des trajectoires sociales différentes permettent d'introduire la question du changement. Au sein d'un groupe professionnel lui-même en changement, que provoquent les arrivées de ces impétrants titulaires de diplômes étrangers ?

2) Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de professionnalisation : état des lieux des analyses du changement en sociologie des professions

La question de départ s'explique à la fois par une trajectoire personnelle faite de déplacements mais aussi par un état des lieux bibliographique sur la kinésithérapie qui pointe des changements importants, que ce soit dans le temps ou selon les pays. En France, la position actuelle des kinésithérapeutes tend à s'affirmer comme plus professionnelle (accès à la science, affaiblissement de la tutelle médicale) que celle de leurs prédécesseurs, tandis qu'à l'étranger les positions occupées dans la division du travail peuvent se révéler différentes de celles des kinésithérapeutes hexagonaux. Le cas-frontière des kinésithérapeutes permet de travailler sur ce qui fait la profession, en prenant appui à la fois sur les traditions historiques fonctionnalistes et interactionnistes mais aussi sur les propositions contemporaines de dépassement de cet antagonisme. L'hétérogénéité des situations des kinésithérapeutes dans le temps et l'espace permet alors de poser la question des changements conduisant à la profession, que ce soit en s'intéressant aux processus concrets d'action publique ou aux facteurs explicatifs tels que les dispositions sociales des acteurs.

a) Le déplacement social, une notion personnelle

Ma propre trajectoire biographique, comme un écho aux trajectoires d'Hector et Enzo, est partie prenante dans l'axe d'analyse du métier par ses différences et les changements en cours. Je suis issu d'une famille de milieu populaire : mon père a navigué entre des postes d'employé, d'ouvrier du bâtiment ou de petit commerçant tandis que ma mère s'occupait du foyer. Ces origines sociales se retrouvent au niveau de mes grands-parents maternels, tous deux ouvriers, et paternels, avec un grand père employé de bureau et une grand-mère s'occupant des nombreux enfants. Je n'étais pourtant pas dépourvu de capitaux culturels, acquis grâce à une incitation maternelle à la lecture de loisir. Cette forme de distinction a sans doute alimenté une certaine réussite scolaire. A l'issue d'un bac S avec mention bien dans une petite ville du sud de la France marquée par la pauvreté, j'ai d'abord intégré un IUT (diététique)

dans la métropole régionale. Ce choix d'un « autre enseignement supérieur »⁵⁹ s'explique à la fois par le fait que ce cycle court correspondait bien aux injonctions familiales à une rentabilité immédiate du titre scolaire sur le marché du travail et par un capital scolaire suffisant pour envisager ces filières sélectives. Cette première incursion dans l'enseignement supérieur a permis une « régulation »⁶⁰, et la découverte d'autres possibles, comme les études de kinésithérapie, jugées encore plus sélectives scolairement et à rentabilité du titre scolaire encore plus importante. C'est donc après une année de travail post-DUT que j'ai pu présenter le concours de kinésithérapie et obtenir un IFMK public parisien avec la position symbolique de « major » du concours⁶¹. Malgré ces classements scolaires favorables, ma méconnaissance de l'enseignement supérieur m'a conduit à d'abord rester dans un espace autour du sport et de la santé, en lien avec une pratique sportive importante et une connaissance profane⁶² des métiers qui s'y rapportent. Ces éléments biographiques sont au principe du questionnement initial autour des flux migratoires et des formations à l'étranger. Les migrations entrent en confrontation directe avec l'organisation de l'accès aux métiers de santé en France, et de la kinésithérapie en particulier : le diplôme est protégé, accessible sur concours récompensant un « mérite » scolaire⁶³ et doublé de nombreuses formes de hiérarchisations internes⁶⁴ (place au concours des impétrants, lieux de stages prestigieux, écoles publiques ou privées, proches ou non de l'Université, ouvrant ou non sur la recherche, dans des villes attractives ou déclassées). Ma trajectoire, marquée par l'accumulation de capitaux scolaires et une sensibilité aux hiérarchisations⁶⁵, est alors à distance de celle d'Enzo, dont le parcours peut être perçu comme une forme de contournement de l'obstacle scolaire. Dans le même temps, ma position de

⁵⁹ Pour reprendre le titre de l'ouvrage de Sophie Orange, qui signale que les Instituts Universitaires Technologiques (IUT) et les Sections de Techniciens Supérieurs (STS) accueillent des publics différents, notamment par leurs capitaux scolaires, plus importants en IUT. Sophie ORANGE, *L'autre enseignement supérieur. Les BTS et la gestion des aspirations scolaires*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, p. 15-30.

⁶⁰ C'est-à-dire d'évaluation des possibles selon une rationalité limitée dans un enseignement supérieur complexe et très hiérarchisé. Romuald BODIN et Mathias MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », *Sociologie*, 2-3, 2011, p. 225.

⁶¹ Ce classement était public et publicisé à l'occasion de rites d'intégration au sein de l'IFMK. Ils ont ainsi sans doute participé à une intériorisation d'une position favorable dans la hiérarchie scolaire, en contradiction avec mes origines sociales, en écho au travail de Muriel Darmon et Manuel Schotté. Muriel DARMON et Manuel SCHOTTE, « Classer des élèves, classer des coureurs: Les hiérarchies dans les institutions d'excellence », *Sociétés contemporaines*, 102-2, 2016, p. 45.

⁶² Si la diététique ou la kinésithérapie étaient des métiers connus dans le milieu sportif, je n'avais pour ma part jamais été suivi par l'un ou l'autre corps de métier, en lien, là encore, avec ma position sociale, ma méconnaissance du système d'assurance maladie et ma dépendance administrative et financière à mes parents.

⁶³ Il ne s'agit pas d'être dupe de la notion de « méritocratie », déconstruite par Paul Pasquali, mais de lui faire le crédit d'un effet performatif sur les positions sociales en découlant. Paul PASQUALI, *Héritocratie: les élites, les grandes écoles et les mésaventures du mérite (1870-2020)*, Paris, La Découverte, 2021.

⁶⁴ Anne-Chantal Hardy-Dubernet apporte quelques éléments quant au poids de ces hiérarchies au sein de la profession médicale, via les tensions sur les choix de spécialités. Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « À propos d'une minute décisive : le choix d'une spécialité médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-4, 2009, p. 174.

⁶⁵ La pratique de l'athlétisme, continue pendant 20 ans, a participé à l'incorporation de la notion de hiérarchisation des acteurs. Pour une analyse indigène voire Manuel SCHOTTE, « Dans la course : la construction d'une hiérarchie en action », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 209-4, 2015, p. 100-115.

transclasse⁶⁶ me met également à distance d'Hector et d'une domination de classe que j'ai pu ressentir dans un IFMK parisien prestigieux.

Si mon parcours explique la sensibilité aux diversités au sein de mon groupe professionnel, il dénote aussi une forme d'insatisfaction dans les positions atteintes et certaines dispositions au changement. Celles-ci sont en grande partie dues à ma conjointe, rencontrée dans mon club d'athlétisme, et dont les capitaux culturels (elle est enseignante et fille d'ingénieurs) m'ont ouvert à d'autres possibles. J'ai d'abord envisagé une carrière syndicale, qui m'a conduit à être élu pour un mandat au sein des URPS⁶⁷. Si cette expérience a rapidement été décevante, nécessitant sans doute des capitaux sociaux différents des miens, cette position (conservée de 2015 à 2021) a été utilisée au cours de cette thèse (2018-2022) pour enquêter de manière ethnographique sur les rapports entre représentants et acteurs administratifs régionaux. A la suite de cette tentative, ma reprise de cursus dans le supérieur, menant au doctorat, est un premier pas en direction d'une carrière académique, illustrant une nouvelle forme de déplacement social vers une profession établie. C'est dans ce contexte que les positions dans la division du travail et les dynamiques de changement que j'analyse sont fortement intriquées avec mes préoccupations personnelles. S'il n'est alors plus tellement question de neutralité axiologique, dans son sens le plus restrictif et sans doute utopique, il n'en reste pas moins qu'une réflexivité et une mise à distance ont été mises en œuvre, notamment grâce à la littérature existante sur l'objet.

b) Une sociologie de la kinésithérapie qui montre des positions sociales variables

Les travaux sociologiques français sur la kinésithérapie sont rares. En l'occurrence il s'agit surtout des recherches doctorales de Jacques Monet⁶⁸ et Christophe Gaubert⁶⁹. Ces deux auteurs se connaissaient, le dernier ayant ainsi enseigné la sociologie au sein de l'IFMK dirigé par le premier. Jacques Monet a réalisé un travail d'historien et montre la codification de la kinésithérapie à la fin du XIX^{ème} siècle par des médecins tentant de la faire reconnaître comme spécialité médicale. C'est le refus des doyens de facultés de médecine de reconnaître la kinésithérapie comme telle qui conduit à son déclassement et à la confier à des personnels auxiliaires non médecins⁷⁰. Christophe Gaubert a analysé la socialisation des

⁶⁶ Chantal Jaquet préfère le concept de « transclasse » à celui de « transfuge de classe ». Elle relève en effet une part de jugement dans l'idée de transfuge, voire d'héroïsation de ces quelques exceptions capables de s'extirper de leur condition « inférieure ». Quelque part, l'idée de transfuge peut alimenter l'idéologie de mérite, ce qui me conduit à parler plutôt de transclasse. Chantal JAQUET, *Les transclasses, ou, La non-reproduction*, 1^{re} édition., Paris, Presses universitaires de France, 2014.

⁶⁷ Unions Régionales des Professions de Santé, organisations représentant les professionnels libéraux auprès des Agences Régionales de Santé (ARS).

⁶⁸ Jacques MONET, « Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle » Université Paris 1, Paris, 2003.

⁶⁹ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, *op. cit.*

⁷⁰ Véronique Hasler montre, à partir du cas suisse, que des dynamiques internes aux auxiliaires médicaux expliquent les reconfigurations du métier. Bien que moins au centre de son analyse, la domination médicale reste cependant présente tout au long du XX^{ème} siècle et pèse sur les possibles des kinésithérapeutes helvétiques. Véronique HASLER, « Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20^{ème} siècle) » Université de Lausanne, Lausanne, 2018.

étudiants kinésithérapeutes lors de leur formation dans les IFMK parisiens. Il insiste sur l'apprentissage de cette domination médicale qui continue à s'exercer en école de kinésithérapie au tournant des années 2000. Autrement dit, en France, dans des analyses reprenant le concept de « champ médical » proposé par Patrice Pinell⁷¹, les hiérarchies et enjeux d'autonomie sont particulièrement présents.

Pourtant il n'y a pas de nécessité à cette position d'auxiliaire dominé. A l'international, en suivant des perspectives remplaçant les professions dans leurs contextes écologiques⁷², l'accent est plus mis sur les frontières professionnelles et les contraintes de l'hétéronomie. Glenn Gritzer et Arnold Arluke⁷³ ou Julien Prud'homme⁷⁴, respectivement aux USA et au Québec, rapportent comment les kinésithérapeutes se sont émancipés de la tutelle médicale pour se rapprocher d'un modèle proprement professionnel : ils ont obtenu l'autonomie des écoles, réussi à valoriser leurs formations et à protéger le titre tout en fermant le marché du travail et s'imposant dans les tâches les plus valorisées (le diagnostic), profitant souvent de la faible démographie médicale. A l'inverse, dans la péninsule ibérique, la position dominée semble plus importante que dans le cas français, avec des difficultés à sécuriser une place dans les structures de soin⁷⁵ et un marché du travail difficile qui favorise l'émigration⁷⁶. L'autonomie conquise dans les pays anglo-saxons ou la situation ibérique dominée doivent ainsi beaucoup à des facteurs externes. Dans le premier cas, il est relevé un retrait médical de l'espace de la kinésithérapie associé à des politiques éducatives élitistes favorisant les protections du titre scolaire. Dans le second, les kinésithérapeutes n'arrivent pas à s'imposer face aux médecins ou infirmières et le faible contrôle du nombre d'impétrants exacerbe les concurrences sur le marché de l'emploi.

Cette thèse se place à la rencontre de ces deux influences : le concept de « champ médical » plutôt francophone est repris pour expliquer les logiques de domination qui existent entre groupes professionnels mais aussi au sein de la kinésithérapie. Dans le même temps, le concept d'écologie anglo-saxon est lui aussi mobilisé. En effet, la sensibilité au changement conduit à s'intéresser aux dynamiques externes qui pèsent sur les kinésithérapeutes : les politiques publiques en matière de reconnaissances européennes, d'enseignement supérieur ou d'organisation du travail en santé sont autant d'éléments qui tendent à modifier la position des kinésithérapeutes. A la différence des cas anglo-saxons, la clôture de la formation française ne s'est pas accompagnée de la clôture du marché du travail : comme Enzo, de

⁷¹ Patrice PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? », *Savoir/Agir*, 5, 2008, p. 57-63.

⁷² Andrew Abbott a contribué à préciser ces dynamiques externes pesant sur les professions en les réinscrivant dans des « systèmes » professionnels. Il existe des luttes de territoire, des interdépendances, des subversions pour s'emparer de clientèles ou encore des délégations du travail dévalorisé. A. D. ABBOTT, *The system of professions*, *op. cit.*

⁷³ Glenn GRITZER et Arnold ARLUKE, *The making of rehabilitation: a political economy of medical specialization, 1890-1980*, Berkeley, University of California Press, 1985.

⁷⁴ Julien PRUD'HOMME, *Professions à part entière: histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*, Montréal, QC, Presses de l'Université de Montréal, 2011.

⁷⁵ A GARCIA-GONZALEZ, A PEREZ-CARAMES, A MARTINEZ-RODRIGUEZ, A SILVESTRE-VINCENT, C MATEY-RODRIGUEZ et V ROBLES-GARCIA, « Análisis de la situación de la fisioterapia en los centros educativos en España », *Fisioterapia*, 44-3, 2022, p. 163-172.

⁷⁶ Tânia Pinto Gomes MATOS, « Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal » Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016.

nombreux impétrants l'alimentent depuis des formations à l'étranger. L'énigme demeure sur ces effets de migrations professionnelles. Chez les médecins, Marc Olivier Déplaudé⁷⁷ montre bien que la crainte du médecin étranger et de la pléthore de manière plus générale sont des mythes mobilisateurs : assignation à des positions périphériques des étrangers (« faisant fonction d'internes ») et *numerus clausus* en sont des conséquences directes. Mais les ressorts des migrations et ses effets concrets sur les professions restent peu documentés : les flux sont, de fait, faibles au sein des professions établies⁷⁸.

Les déplacements géographiques mais aussi sociaux, qui leur sont inévitablement liés, constituent un point aveugle de la sociologie des professions. Dans le cas des kinésithérapeutes, cette question est à la fois intime, au vu de ma trajectoire, et influencée par les études existantes : en France, une généalogie du début du XX^{ème} siècle aux années 2000 existe, mais les changements intervenus depuis 20 ans n'ont pas été soumis à l'analyse sociologique. A l'étranger, des analyses de la professionnalisation des kinésithérapeutes existent, mais dans des pays avec des barrières plus importantes à la reconnaissance des titres étrangers. Les effets des migrations de kinésithérapeutes sont alors considérés dans une optique de changement dans la position professionnelle.

c) La profession, le changement et ses facteurs explicatifs, trois problèmes autour d'une profession en construction.

La kinésithérapie permet d'étudier trois points importants dans la sociologie des professions. Son aspect de cas-frontière permet une comparaison avec l'idéal-type, notamment médical : les différences sont heuristiques pour mieux caractériser ce qui fait la profession. Dans le même temps, les changements qui touchent la kinésithérapie interrogent les modalités par lesquelles des professions en construction tentent de se rapprocher du modèle idéal-typique. Enfin, cette thématique du changement pose la question des facteurs qui permettent d'expliquer ce déplacement social collectif pensé à l'échelle d'un groupe professionnel.

Talcott Parsons⁷⁹ décrit un lien fonctionnel entre les professions et leur mission au service de la société : la médecine, par exemple, répond bien sûr à un besoin des membres d'une société d'être soignés, mais, elle a aussi une fonction de contrôle de la déviance introduite par la maladie. C'est bien cette fonction

⁷⁷ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*

⁷⁸ Alors que chez les kinésithérapeutes les diplômés étrangers représentent 25% des inscrits au tableau de l'ordre, chez les médecins, les étrangers représentent 4% des inscrits ordinaires, malgré les flux médiatisés de médecins roumains. Raymonde SECHET et Despina VASILCU, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois*, 223, 2012, p. 63-76 ; Marie Laure DELAMAIRE et François-Xavier SCHWEYER, « Nationally moderate, locally significant : France and Health professional mobility from far and near », in *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European Countries*, 2011, p. 181-209.

⁷⁹ T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », *art. cit.*

valorisée qui justifie la position sociale privilégiée, sanctionnée par des études (longues) visant à éliminer les moins capables et à réserver le travail à des élus dotés des capacités, voire surtout du savoir-être et des qualités morales, nécessaires. Howard Becker, creusant le sillon tracé par Everett Hughes⁸⁰ et reprenant à son compte la tradition ethnographique de l'école de Chicago⁸¹, s'oppose à cette vision surplombante de Talcott Parsons. A travers une enquête ethnographique dans une faculté de médecine américaine⁸², il montre ainsi que les médecins sont en réalité façonnés par l'accumulation de petits arrangements avec l'institution de formation (cibler les apprentissages, optimiser ses chances aux examens, obtenir les meilleurs stages, s'adapter à la demande des autres personnels hospitaliers en fonction des positions sociales...). C'est d'abord mus par des situations à la fois personnelles, mais aussi partagées par des profils sociaux proches (il distingue notamment les hommes célibataires et les hommes mariés) que les étudiants apprennent le métier de médecin. Dans le même temps, ils modifient la médecine par leurs comportements, leurs positions sociales et leurs aspirations qui déterminent leurs choix de spécialité et leurs lieux d'exercice. Pour Howard Becker, la fonction sociale de la médecine est au principe de protections indues et la catégorisation comme profession est un « folk concept »⁸³ permettant à ces acteurs privilégiés de justifier leur position sociale.

Pourtant, au-delà de cette opposition canonique, les travaux de ces auteurs comptent bien des nuances : Talcott Parsons ne semble pas dupe du désintéressement médical. Il relève ainsi les risques d'actes inutiles, les motivations néfastes de l'appât du gain⁸⁴ ainsi que l'incapacité des professions à s'auto-réguler⁸⁵. Quant à Howard Becker, il reconnaît implicitement l'importance du partage d'expérience et de l'apprentissage de la responsabilité⁸⁶ aux cours de ces années. Plus encore, ils partagent une analyse par les dispositions (l'empathie, l'abnégation d'une part ou l'intérêt bien compris d'autre part, sous-entendus par l'origine bourgeoise et blanche dans cette Amérique des années 1950) et les contextes (l'asymétrie de relation et la nécessité de proposer un service de qualité d'une part et la réponse à des injonctions parfois contradictoires mais toujours exigeantes de la part des enseignants et médecins en place d'autre part), qui ne sont pas sans rappeler les cadres d'analyses bourdieusiens⁸⁷. Finalement, au-

⁸⁰ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

⁸¹ Nels Anderson utilise ce type d'enquête dans « le Hobo » de 1923, tandis qu'Howard Becker resollicite cette méthode auprès de musiciens de jazz et de fumeurs de marijuana dans les années 1950. Nels ANDERSON, François de SINGLY et Olivier SCHWARTZ, *Le Hobo: sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011 ; Howard Saul BECKER, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, New York, Free Press of Glencoe, 1963.

⁸² H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit.

⁸³ Howard Saul BECKER, *Sociological work: method and substance*, Abingdon, Oxon, Routledge, 2017.

⁸⁴ Qu'il nuance en invoquant le jugement moral des pairs notamment.

⁸⁵ « *Perhaps the most conspicuous fact is that even their own professional associations do not play a really important part in the control of medical practice and its potential abuses through formal channels* ». T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

⁸⁶ Thierry Pillon et François Vatin relèvent d'ailleurs qu'Everett Hughes parlait aussi de responsabilité « morale » des professionnels : « *nous payons les autres aussi pour qu'ils fassent les erreurs à noter place. Le « professionnel » n'est pas simplement celui « qui sait », il est aussi celui qui doit porter le risque de l'erreur* ». Thierry PILLON et François VATIN, *Traité de sociologie du travail*, 2e éd. actualisée., Toulouse, Octarès éd, 2007, p. 247.

⁸⁷ Pierre BOURDIEU, J.-C. CHAMBOREDON et Jean Claude PASSERON, *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques*, 2. éd., Paris, Mouton, 1973.

delà de leurs différences, ces sociologues se rejoignent pour indiquer, sans insister dessus, l'importance, pour les professions, de voir leurs membres recrutés au sein des classes sociales les plus favorisées. Ce rapport sera plus mis à nu par leurs contemporains hexagonaux : aussi bien Haroun Jamous⁸⁸ que Luc Boltanski⁸⁹ montrent que la domination médicale tient pour partie à des capitaux culturels et symboliques permettant aux médecins de s'imposer et de réduire les négociations avec le client⁹⁰.

Ces analyses laissent toutefois de côté les propriétés singulières du travail professionnel. Un premier glissement s'effectue avec Eliot Freidson qui, partant d'une position critique⁹¹, finit par s'interroger sur une forme de légitimité d'un système de travail protégé⁹². L'activité des professionnels serait inconciliable avec les logiques commerciales ou administratives. Quelques pistes sont dégagées quant aux particularités des professions : elles mettraient en jeu une complexité, une tendance à la spécialisation et des nécessités de choix discrétionnaires⁹³. Cet intérêt pour le travail concret est partagé par Andrew Abbott, notamment à travers sa théorisation de pratiques conjuguant diagnostics, pronostics et thérapeutiques reliés par des inférences⁹⁴ faites par les professionnels (arbitrant entre de multiples informations et singularités). Ces influences sont visibles chez Florent Champy, qui pointe le travail singulier des professionnels. En partant du cas de l'architecture, il montre qu'ils se distinguent par des activités nécessitant de faire des paris en situation de forte incertitude. Alors qu'ils doivent prendre en considération des données souvent incommensurables⁹⁵ (arbitrer entre les enjeux liés à l'harmonie ou à la construction⁹⁶), leurs arbitrages sont proprement « prudents », prenant en considération des savoirs théoriques, des savoir-faire appris et des accumulations d'expérience⁹⁷.

Autrement dit la sociologie des professions tend à interroger le contenu d'un travail saisi dans son contexte, parfois en lien avec les dispositions sociales des acteurs⁹⁸. Cela se retrouve dans les travaux d'Anne Paillet sur l'univers hospitalier et le duo infirmière-médecin. L'enquête saisit ensemble le travail qui consiste à faire (sur)vivre les bébés (avec toutes les tensions quant aux choix), le contexte hiérarchisé de la spécialité de néonatalogie et les dispositions variables des acteurs, notamment du point de vue du genre. Ces éléments explicatifs peuvent avoir des effets conjugués ou créateurs de tensions : en

⁸⁸ H. JAMOUS et B. PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », art. cit.

⁸⁹ Luc BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26-1, 1971, p. 205-233.

⁹⁰ Isabelle Baszanger évoque cet apprentissage du « *savoir-être* » des médecins à travers le cas, hautement folklorique, de la visite du chef de service hospitalier accompagné de ses étudiants. Celui-ci leur montre « *par exemple, comment neutraliser un malade en disqualifiant ses interventions verbales* ». Isabelle BASZANGER, « Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, 22-2, 1981, p. 223.

⁹¹ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit.

⁹² E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

⁹³ *Ibid.*, p. 60-81.

⁹⁴ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit, p. 39-40.

⁹⁵ Au sens de Thomas Kuhn, d'impossibilité de comparer des objets par leurs valeurs propres. Thomas Samuel KUHN, *La structure des révolutions scientifiques.*, Flammarion., Paris, 2018.

⁹⁶ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 62-74.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 148-153.

⁹⁸ David Pichonna et Kevin Toffel plaident pour une plus grande attention aux dispositions sociales des professionnels. David PICHONNAZ et Kevin TOFFEL, « Pour une sociologie structurale du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 240-5, 2022, p. 4-13.

néonatalogie, les dispositions genrées et le contexte de domination médicale incorporé par les infirmières contribuent à leur acceptation de la décision des médecins, alors que des nuances de « prudence » visibles dans leur travail les inciteraient parfois à s'opposer à leur avis (qu'elles tentent, au demeurant, d'infléchir).

Dans cette perspective la kinésithérapie se présente comme un cas frontière heuristique qui permet de rouvrir le dossier des effets des dispositions sociales, des contextes d'exercice et du contenu du travail. Parmi ceux-ci, le premier problème est alors de savoir comment ces éléments s'articulent pour faire la profession : la place des kinésithérapeutes dans la division du travail est-elle compatible avec le modèle professionnel ? Dans quelle mesure leur travail est-il prudentiel ? Leurs dispositions sociales sont-elles en accord avec la place des professionnels dans la société ?

Si le « comment » faire profession est un premier problème étudié dans cette thèse, la comparaison avec les travaux historiques de Jacques Monet pose la question de la professionnalisation⁹⁹ : comment un métier évolue-t-il dans le temps vers un modèle plus professionnel (selon les éléments d'analyse précités) ? La position d'Hector, notamment, présente des différences substantielles avec celles des « masseurs »¹⁰⁰ recrutés et formés sur le tas pendant la première guerre mondiale pour mobiliser et masser les blessés de guerre¹⁰¹ : il est issu d'une famille de cadres supérieurs quand les premiers praticiens étaient de milieux plus modestes¹⁰². Il prétend à une autonomie de travail et met en avant l'importance de ses diagnostics alors que les premiers masseurs médicaux répétaient des gestes en fonction des ordres des médecins.

Pour expliquer ces changements vers une position professionnelle, deux dynamiques sont mises à jour¹⁰³ : du côté des acteurs professionnels, il s'agit de mieux contrôler la définition et les normes du

⁹⁹ Je considérerai ici qu'il s'agit de « professionalization » dans son sens anglo-saxon, c'est-à-dire de mobilité sociale collective qui tend à permettre l'acquisition de traits caractéristiques des professions. Cette définition est proche de celle de Richard Wittorski et de sa « *professionnalisation-profession* », c'est-à-dire constitution d'un groupe social présentant une autonomie de travail, qu'il oppose à la « *professionnalisation-efficacité du travail* » tenant de la rhétorique managériale ou à la « *professionnalisation-formation* », c'est-à-dire la fabrique de travailleurs adaptés au marché de l'emploi. Richard WITORSKI, « La professionnalisation », *Savoirs*, 17-2, 2008, p. 9. Il ne s'agit pas ici de la catégorie d'action publique consistant à encourager le lien de la formation avec l'emploi, la création d'activité de travail et sa pérennisation (notamment pensé pour les populations « jeunes »). Christophe GUITON, « La professionnalisation, nouvelle catégorie de l'intervention publique : L'exemple du programme « Nouveaux services, nouveaux emplois » », *Formation Emploi*, 70-1, 2000, p. 13-30.

¹⁰⁰ Qu'on retrouve en Suisse sous le nom de « masseurs de bains » ou encore « maîtres de bain ». V. HASLER, *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20ème siècle)*, *op. cit.*, p. 389.

¹⁰¹ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, *op. cit.*, p. 152-175.

¹⁰² Jacques Monet ne présente pas clairement les classes sociales d'origine des masseurs du début du XXème siècle. L'anachronie des classifications actuelles rendrait d'ailleurs la comparaison périlleuse. Il note cependant que « *l'abandon de ces pratiques [de massage] est lié au statut social du médecin qui a pensé que c'est « faire déchoir la médecine » que de s'occuper de pareilles manœuvres, et qu'il faut les livrer aux mains des gens subalternes* ». *Ibid.*, p. 170.

¹⁰³ Didier DEMAZIERE, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », *Formation emploi*, 101, 2008, p. 41-54.

travail, en cherchant pour cela la reconnaissance des clients ou de l'Etat¹⁰⁴. Du côté de l'Etat, il s'agit de codifier et réguler l'activité de travail¹⁰⁵. Même l'approche écologique d'Andrew Abbott, qui insiste sur le contexte de division du travail au sein d'un domaine d'activité, souscrit à cette grille de lecture : les propositions d'inférences entre le diagnostic d'un besoin et la réponse professionnelle doivent être reconnues comme valides par les autorités administratives de régulation, en passant parfois par la mobilisation des clients¹⁰⁶. Dans son cas il y a bien une politique publique de type bas-haut visant à faire reconnaître le statut professionnel¹⁰⁷. D'autres analyses haut-bas existent par ailleurs¹⁰⁸, notamment, dans le cas français, portées par Catherine Paradeise : il s'agit pour « *l'Etat et les firmes* » de stabiliser le marché du travail et de « *fiabiliser* » les travailleurs¹⁰⁹ notamment par la reconnaissance de « *compétences* »¹¹⁰.

Ces analyses portent le plus souvent sur des métiers ou des professions protégés et/ou établis. En ce sens, les processus de professionnalisation sont reconstruits à postériori. C'est particulièrement le cas dans les travaux étrangers sur les kinésithérapeutes : Julien Prud'homme¹¹¹, pour le cas Québécois, ou Glenn Gritzer et Arnold Arluke¹¹², pour le cas américain, partent du constat d'une kinésithérapie perçue

¹⁰⁴ C'est l'analyse historique de Robert Merton sur la profession médicale américaine. Les médecins du XIX^{ème} siècle ont d'abord pu faire reconnaître leur savoir par la société avant de demander une exclusivité du droit à exercer auprès des Etats Américains. Robert K MERTON, George G READER et Patricia L KENDALL, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.

¹⁰⁵ « Dans un cas, la stratégie de clôture est portée par un acteur collectif (des travailleurs exerçant une activité spécifiée) qui lutte pour fixer des règles organisant l'exercice de son activité et pour la reconnaissance de son expertise. La construction d'un groupe professionnel organisé joue alors un rôle central. Dans l'autre cas, la stratégie est impulsée par l'Etat, qui édicte des règles encadrant l'exercice d'une activité, sans que le contrôle des conditions d'entrée et des modes d'exercice ne soit détenu par une organisation professionnelle » D. DEMAZIERE, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau », art. cit.

¹⁰⁶ « Jurisdictional claims can be made in several possible arenas. One is the legal system, which can confer formal control of work. Another is the related arena of public opinion, where professions build images that pressure the legal system. » A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit, p. 59.

¹⁰⁷ Cela est encore plus clair dans la contribution d'Andrew Abbott à l'ouvrage dirigé par Pierre-Michel Menger : sa description du processus de protection légale des médecins new-yorkais fait la part belle aux stratégies des médecins allopathes locaux. P.-M. MENGER (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, op. cit, p. 29-50.

¹⁰⁸ Julia Evetts note que l'approche « bas-haut », la professionnalisation comme processus initié par la mobilisation de groupes professionnels, est d'abord perceptible chez les auteurs anglo-saxons, tandis que l'approche « haut-bas » comme résultante d'une intervention de forces extérieurs au groupe professionnel est plus visible chez les auteurs « continentaux » européens. Julia EVETTS, « Explaining the construction of professionalism in the military : history, concepts and theories », *Revue française de sociologie*, Vol. 44-4, 2003, p. 759-776. Cette segmentation est aussi relevée par Thomas Le Bianic qui met l'accent sur le rôle des différentes administrations de l'Etat dans l'établissement de la profession de psychologues. Thomas LE BIANIC, « Une profession balkanisée : les psychologues face à l'Etat en France (1945-1985) », *Politix*, N° 102-2, 2013, p. 175.

¹⁰⁹ Catherine PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 20-2, 1988, p. 9.

¹¹⁰ Catherine PARADEISE et Yves LICHTENBERGER, « Compétence, compétences », *Sociologie du travail*, 43-1, 2001, p. 33-48. Cela se retrouve aussi dans l'analyse de Laure Bonnaud et Nicolas Fortané de la genèse de la profession vétérinaire, avant tout résultante de l'action de l'Etat qui s'intéresse à la santé animale mais qui cherche surtout à fiabiliser le contrôle de la salubrité des viandes. Laure BONNAUD et Nicolas FORTANE, « L'Etat sanitaire de la profession vétérinaire. Action publique et régulation de l'activité professionnelle », *Sociologie*, 9-3, 2018, p. 253.

¹¹¹ J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit.

¹¹² G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit.

comme profession et en proposent une sociogénèse (notamment via des analyses bas-haut). En France, de la même manière, Catherine Paradeise s'appuie sur des métiers qui sont, de fait, protégés, pour proposer une généalogie du phénomène. Pour les professions au sens le plus strict du terme ou les métiers protégés dans le cas de la marine marchande¹¹³, il s'agit alors des « gagnants » de la course à la protection ou au professionnalisme¹¹⁴. Ils permettent de proposer des mécanismes ayant fonctionnés¹¹⁵, sans totalement renseigner sur les tensions ayant conduit à leur adoption¹¹⁶. L'ambition de cette thèse, au contraire, est d'étudier une professionnalisation incertaine en train de se faire. Le changement passe par des évolutions du travail réalisé et convoité, fait l'objet d'un militantisme de la part de représentants et est dépendant d'acteurs régulateurs (CNAM¹¹⁷ ou ministère de la Santé au premier chef) dans des contextes et selon des agendas propres¹¹⁸. L'adoption d'un travail « plus professionnel » n'est pas unanime, le cas d'Enzo illustre les dispositions de nombreux kinésithérapeutes à « rester à leur place ». Le militantisme des représentants des kinésithérapeutes n'est pas univoque : si les attributs « plus professionnels » sont valorisés, la défense du marché du travail acquis, même avec des nuances de « sale boulot »¹¹⁹ ou de « travail refuge »¹²⁰ reste une préoccupation. Enfin les intérêts des acteurs administratifs présentent des convergences ou des divergences avec ceux du groupe professionnel : ils peuvent favoriser un contrôle du nombre de travailleurs dans une perspective de rationalisation économique tout en n'entravant pas les flux de diplômés européens pour se conformer aux règles européennes.

Pour renseigner le processus de construction d'une profession, cette thèse s'intéresse à la fois aux militants et aux administratifs qui sont leurs interlocuteurs. Là encore, l'étude est attentive à la fois aux

¹¹³ A noter qu'au moment du travail de Catherine Paradeise sur la marine marchande, celle-ci est soumise à de fortes tensions et à un affaiblissement, discutant justement la cohérence du marché fermé. Catherine PARADEISE, « La marine marchande française: un marché du travail fermé? », *Revue Française de Sociologie*, 25-3, 1984, p. 352.

¹¹⁴ La distinction entre métiers protégés et professions nécessite de s'intéresser au contenu du travail, ou, à minima, aux rhétoriques autour de ce travail. Pourtant, dans les deux cas, des mécanismes de réservation du travail ont réussi à être adoptés, conduisant à invisibiliser les situations d'échec. Catherine PARADEISE, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 1, 1985, p. 17-31.

¹¹⁵ Richard Scott distingue des mécanismes internes (argumentation scientifique, mobilisation) et des mécanismes externes (rôle des institutions ou des clients). R. SCOTT, « Lords of the Dance », art. cit.

¹¹⁶ Dans le cas du travail de Julien Prud'homme les destinées différentes des métiers d'ergothérapeute et de kinésithérapeute donnent cependant quelques pistes intéressantes. J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit.

¹¹⁷ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

¹¹⁸ Thierry Pillon et François Vatin tendent à séparer les « mobilités individuelles » des « mobilités collectives » (« faire progresser son métier dans l'échelle sociale, ce qui correspond précisément au processus de professionnalisation »), l'intérêt d'étudier ce processus dans son expression la plus concrète et selon une logique ethnographique est alors de proposer des liens entre les deux phénomènes : les tentatives de mobilités des acteurs et les résultats en termes de politiques publiques. T. PILLON et F. VATIN, *Traité de sociologie du travail*, op. cit., p. 293.

¹¹⁹ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit., p. 75-87.

¹²⁰ « If demand for professional services is insufficient, the relegation of some professionals to a lower or even a deprofessional status will maintain demand sufficient for the professional elite » A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit., p. 119.

« dispositions sociales » des acteurs¹²¹ (quelles trajectoires ont amené les acteurs, notamment kinésithérapeutes¹²², à défendre leurs positions), aux « contextes » (désertification médicale, réforme de l'enseignement supérieur, libéralisme européen) et aux « contenus ». Pour ce dernier élément, l'analyse de l'action publique par les instruments¹²³ est mobilisée : la régulation du nombre et de la répartition des kinésithérapeutes de ville s'appuie sur un indice APL¹²⁴, celle des actes thérapeutiques réalisés passe par l'édiction de recommandations par l'HAS¹²⁵. Ces instruments sont ici pensés comme le « contenu » de l'action publique sur lequel se rencontrent les différents acteurs et qu'ils tentent de « tirer » dans diverses directions en fonction de leurs caractéristiques sociales et des contextes qui les marquent. La professionnalisation est donc envisagée dans ce cadre de régulation autour d'instruments mobilisés par des acteurs singuliers.

Enfin, un troisième problème est mis en évidence, découlant des interrogations autour du fait professionnel et du processus de professionnalisation. Le fait professionnel est pensé comme une forme de culture commune autour d'un travail¹²⁶ (qui peut donc être inégalement reçue et normative). A ce titre, celle-ci imprègne, à des degrés divers, tous les membres du groupe professionnel. A l'inverse, la professionnalisation est d'abord pensée, que ce soit via les approches par le haut ou par le bas, comme un processus d'institutionnalisation¹²⁷. Il n'existe pas, à ma connaissance, de travaux pointant la professionnalisation d'activités peu formalisées, peu délimitées et sans représentants¹²⁸. Autrement dit,

¹²¹ Frederic Charles et Angèle Grövel, par exemple, évoquent les dispositions sociales en étudiant les socialisations primaires et secondaires d'élèves officiers de la marine marchande, reprenant à distance (temporelle) le travail de Catherine Paradeise sous l'angle des dispositions à la formation. Frédéric CHARLES et Angèle GRÖVEL, « Devenir élève officier de la Marine marchande : socialisations et dispositions sociales d'accès au métier », *Carrefours de l'éducation*, n° 49-1, 2020, p. 239-256.

¹²² L'approche n'est pas uniquement bas-haut et les dispositions des acteurs administratifs sont aussi évoquées mais une asymétrie demeure : il n'a pas été possible, dans le cadre de ce travail, d'explorer aussi systématiquement les trajectoires des acteurs administratifs et leurs conditions de travail que ce qui a été fait pour les kinésithérapeutes.

¹²³ Patrick LE GALES, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'Etat en Grande-Bretagne », in *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, p. 237-271.

¹²⁴ Accessibilité Potentielle Localisée, qui cartographie de façon raffinée les densités de travailleurs de santé conventionnés.

¹²⁵ Haute Autorité en Santé.

¹²⁶ Même en dehors des approches fonctionnalistes les plus claires, la distinction des professions sous-entend une influence durkheimienne, avec une incorporation de norme et de culture commune (même Howard Becker relève les rapprochements entre ses « garçons en blanc »), c'est-à-dire une forme de lutte contre l'anomie. Emile DURKHEIM, *De la division du travail social (1893)*, Presses universitaires de France., Paris, 2013.

¹²⁷ C'est d'ailleurs l'une des bases de la distinction que propose Didier Fassin entre un champ médical et un espace de la santé bien plus large et pas toujours institutionnalisé. Pierre AÏACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos : Diffusion Economica, 1994 ; Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 1996.

¹²⁸ En ce sens la professionnalisation est indissociable des « groupes d'intérêt » constitués et influençant les pouvoirs publics : « faibles ou puissants, peu structurés ou fortement institutionnalisés, les groupes d'intérêts sont des catalyseurs d'action collective puisqu'ils explicitent des attentes sociales et interviennent activement pour assurer leur prise en considération par les pouvoirs publics ». Philippe BRAUD, *Sociologie politique*, 14e éd., Paris-La Defense, LGDJ, 2020, p. 393-394.

comment articuler un fait professionnel pensé comme philosophie de travail¹²⁹ et une professionnalisation d'abord comme activité militante¹³⁰ ?

Du point de vue des approches analysant la singularité du fait professionnel, la professionnalisation est la conséquence d'une évolution du travail, de la façon des acteurs d'y répondre, mais aussi d'une forme d'engagement particulier. Florent Champy et Liora Israël insistent sur le lien étroit entre les professionnels et l'engagement dans la société¹³¹, que ce soit via des prises de positions intellectuelles sur des enjeux politiques généraux¹³² ou via des engagements quant à l'écologie du travail les entourant. Cette propension leur donne par essence une visibilité particulière. Cette logique professionnelle¹³³ expliquerait donc la professionnalisation par un partage de valeurs, notamment l'engagement. Cet axe d'analyse est soutenu par le caractère international, par-delà les contingences nationales singulières, des professions les plus établies : « *Les statuts octroyés aux professions pour les protéger de la concurrence d'autres métiers et garantir leur autonomie ne l'ont certes pas été sans un travail préalable des professionnels pour convaincre de leur bien-fondé [...] Mais l'idée qu'ils sont purement contingents est irrecevable, du fait de la très forte régularité dans les activités qui sont protégées ou non selon les pays* »¹³⁴. Les valeurs professionnelles (l'engagement, la délibération) sont ici essentielles, par-delà les effets de contexte. Pour d'autre, c'est une évolution du « paradigme » dans lequel s'inscrit le travail qui détermine les mouvements de professionnalisation ou déprofessionnalisation. C'est ainsi que Pierre Aïach et Didier Fassin défendent l'idée que le paradigme scientifique serait un moteur des changements en cours au sein de la médecine¹³⁵. De façon proche, Andrew Abbott pointe la nécessité de contrôle d'un savoir abstrait pour s'imposer comme profession face aux concurrents¹³⁶.

La professionnalisation passerait ainsi par un changement de posture (engagement, approche scientifique, gestion de l'incertitude). Dans ces approches, qui se rejoignent sur une attention extrême

¹²⁹ « Philosophie » guidée par la nécessité de « phronesis » aristotélicienne, c'est-à-dire nécessitant une délibération « sage » pour guider le choix. Frédéric PIERRU, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, 82, 2013, p. 67-82 ; F. CHAMPY, « Editorial : complexity, routines, and reflexivity in professional work », art. cit.

¹³⁰ Le plus souvent militante au service du groupe professionnel mais pas seulement. L'approche de Liora Israël est à ce titre stimulante concernant l'imbrication entre être profession et engagement politique. Liora ISRAËL, « Un droit de gauche ? : Rénovation des pratiques professionnelles et nouvelles formes de militantisme des juristes engagés dans les années 1970 », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 47.

¹³¹ Ces engagements peuvent être en lien avec leurs savoirs, « *Les professionnels, lorsqu'ils s'engagent, engagent aussi les savoirs dont ils sont les porteurs spécialisés* » même si tous les professionnels ne s'engagent pas. Florent CHAMPY et Liora ISRAËL, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 7.

¹³² Comme la mobilisation de « dreyfusards » E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit, p. 121.

¹³³ Le « second » Eliot Freidson est ici perceptible. E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

¹³⁴ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 33.

¹³⁵ P. AÏACH et D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, op. cit, p. 37-40.

¹³⁶ « *The techniques themselves may in fact be delegated to other workers. For me this characteristic of abstraction is the one that best identifies the professions. For abstraction is the quality that sets interprofessional competition apart from competition among occupations in general. Any occupation can obtain licensure (e.g., real estate). But only a knowledge system governed by abstractions can redefine its problems and tasks, defend them from interlopers, and seize new problems – as medicine has recently seized alcoholism, mental illness, hyperactivity in children, obesity, and numerous other things.* » A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit, p. 8.

portée au travail des professionnels, la professionnalisation est conçue comme un processus découlant d'un changement de référentiel. Ces axes d'analyse ne sont pas sans liens avec une approche « cognitive » des politiques publiques¹³⁷ où « l'univers de sens » explique les positions. Pourtant, ces changements dans le travail doivent être relayés dans des « arènes » où s'effectuent les transcriptions de ces « rapports au monde » en actions publiques concrètes.

Les notions d' « arènes », où se mettent en place les processus « concrets » de professionnalisation, sont plus aisément saisies par les approches comparatives (par nation) : les travaux de Thomas Le Bianic ou Léonie Hénaut¹³⁸ permettent ainsi d'axer l'analyse sur les différences dans la professionnalisation plus que sur les communs du fait professionnel. Selon des approches devant beaucoup à Andrew Abbott, ils pensent les professions comme parties-prenantes d'écologies, lieux de luttes pour la reconnaissance. Ces auteurs insistent sur le rôle des travailleurs et de leurs représentants dans le processus de distinction dans le travail et son affichage vis-à-vis des autorités de régulation¹³⁹. Si l'approche comparative de Julia Evetts montre l'importance de l'Etat dans le processus¹⁴⁰, il n'en demeure pas moins que, dans tous les cas, ce sont les représentants qui ont la part belle dans l'explication du changement. Cette délimitation d'une « arène » de lutte entre acteurs représentants et acteurs administratifs est ainsi proposée dans la comparaison des rapports des « médecins » (face) à « l'Etat » de Patrick Hassenteufel¹⁴¹. Pour lui le changement oppose des « acteurs programmatiques »¹⁴² (hauts fonctionnaires notamment) et des acteurs vétos (syndicalistes médecins) dans un contexte puissant de « path dependency ». C'est alors l'adéquation du projet aux représentations partagées (Pierre Muller parle lui de « cadre cognitif »¹⁴³), les positions de pouvoir et les fenêtres d'opportunité qui expliquent les changements victorieux. En ce sens la notion d'acteurs programmatiques rend plus compte d'un rapport de force dans l'arène que des facteurs expliquant le changement de la destinée d'un groupe de travailleurs. En cela, l'analyse des luttes

¹³⁷ Pierre MULLER, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2, 2000, p. 22.

¹³⁸ Thomas LE BIANIC, « Les professions face à l'Europe : les psychologues. », in Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 97-107 ; Thomas LE BIANIC et Lennart G. SVENSSON, « European regulation of professional education: A study of documents focussing on architects and psychologists in the EU », *European Societies*, 10-4, 2008, p. 567-595. Léonie HÉNAUT, « La construction des groupes professionnels : le cas des restaurateurs d'œuvres d'art en France et aux Etats-Unis », *Formation emploi*, 110-2, 2010, p. 49.

¹³⁹ Voir aussi François-Xavier Schweyer et Jean-Luc Metzger pour une analyse en ce sens, cependant non comparative. François-Xavier SCHWEYER et Jean-Luc METZGER, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 183.

¹⁴⁰ J. EVETTS, « Similarities in Contexts and Theorizing », art. cit.

¹⁴¹ Patrick HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat: une comparaison européenne*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1997.

¹⁴² « Il s'agit d'acteurs collectifs structurés autour d'un programme de changement d'ensemble d'une politique publique et qui détiennent des positions de pouvoir leur permettant de participer directement à la décision (ce qui les différencie d'une nébuleuse réformatrice ». William GENIEYS et Patrick HASSENTEUFEL, « Qui gouverne les politiques publiques ? : Par-delà la sociologie des élites », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2012, p. 89.

¹⁴³ Ces cadres cognitifs et normatifs, autrement nommés référentiels, « sont à la fois l'expression des contraintes structurelles et le résultat du travail sur le sens effectué par les acteurs. » Pierre MULLER, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 155.

au sein d'une arène n'éclaire pas totalement les moteurs sous-jacents des phénomènes de professionnalisation.

Finalement, tenter de dépasser la description du changement pour dégager des facteurs à celui-ci renvoie au problème plus général du constructivisme¹⁴⁴ : qu'est-ce qui, dans la réalité analysée, semble heuristique et catégorisable avec suffisamment de robustesse pour être singularisé (distingué des autres éléments) et généralisé (ces éléments se retrouvent dans la genèse des phénomènes) ? Quelques propositions existent quant à des facteurs genrés, plus souvent en lien avec la déprofessionnalisation¹⁴⁵ que le mouvement inverse. D'autres auteurs, sans aller jusqu'à la déprofessionnalisation globale, parlent d'un rôle du genre dans la segmentation, la hiérarchisation ou le réarrangement au sein des activités professionnelles¹⁴⁶. Du côté des kinésithérapeutes, Julien Prud'homme, sans rejeter les déterminants genrés (les kinésithérapeutes québécoises se masculinisent légèrement tandis que la profession s'établie¹⁴⁷), évoque d'autres déterminants comme l'origine sociale¹⁴⁸. Dans cette optique, le concept d'habitus bourdieusien¹⁴⁹, lié à la position sociale d'origine, est alors une piste intéressante¹⁵⁰ pour saisir

¹⁴⁴ Ian Hacking sépare un objet qui n'est pas construit de l'idée qui permet sa catégorisation (la femme réfugiée existe et cette femme a une réalité biologique, tandis que le statut de réfugié est construit). Dans la réalité cette distinction objet-idée est d'autant plus lâche que le langage charge de sens les objets nommés. En ce sens la catégorisation a un effet normatif sur l'élément catégorisé, plus pressante encore dans les sciences sociales (il prend l'exemple de la pierre de dolomite, à qui il importe peu d'être catégorisée comme roche sédimentaire, à l'inverse de la femme réfugiée). En ce sens, les catégorisations retenues doivent se faire en fonction d'un objet de recherche délimité et en gardant à l'esprit que les facteurs explicatifs proposés sont toujours multiples et interagissent entre eux. Ian HACKING, *Entre science et réalité: la construction sociale de quoi?*, Paris, la Découverte, 2008.

¹⁴⁵ Souvent proposée dans le sens d'une perte de prestige. Michelle Perrot notamment relève historiquement l'assignation genrée féminine comme péjorative pour les « métiers de femme ». Michelle PERROT, « Qu'est-ce qu'un métier de femme? », *Le Mouvement social*, 140, 1987, p. 3.

¹⁴⁶ Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 25 ; Anne JOURDAIN, « Des artisans d'art aux artisanes d'art: Ce que le genre fait aux métiers d'art indépendants », *Travail et emploi*, 150, 2017, p. 25-52 ; Geneviève PICOT, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2015, p. 83-100 ; Nathalie LAPEYRE et Nicky LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 59.

¹⁴⁷ « En orthophonie et en ergothérapie, la proportion de femmes avoisinait déjà les 90% et continue d'augmenter après 1970. La physiothérapie, exceptionnellement, suite le chemin inverse – la part de femmes baisse de 92% à 81,5% entre 1976 et 1989 – mais demeure largement féminine ». J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière, op. cit.*, p. 85.

¹⁴⁸ « Le métier d'infirmière, fortement encadré par les médecins, offre cependant peu de possibilités d'autonomie et sa reconnaissance à titre de profession demeure ambiguë. Cela rebute certaines femmes, souvent issues des classes moyenne ou supérieure, qui désirent œuvrer en santé, mais qui aspirent à une certaine autonomie au travail ainsi qu'à une position sociale plus élevée. Parmi ces femmes, un nombre croissant, quelques dizaines dans le Québec d'avant-guerre, se tourne donc vers d'autres métiers émergents comme la psychologie, la "thérapie occupationnelle" ou le "massage" thérapeutique ». Julien PRUD'HOMME, « Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec », in *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de soins de santé au Québec et au Canada*, Presses de l'Université d'Ottawa., Ottawa, 2012, p. 251-267, p. 255.

¹⁴⁹ François HERAN, « La seconde nature de l'habitus: Tradition philosophique et sens commun dans le langage sociologique », *Revue Française de Sociologie*, 28-3, 1987, p. 385. La notion d'habitus était déjà présente chez Marcel Mauss pour décrire « l'acquis » ou « la faculté ». Marcel MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Nouvelle éd., Paris, PUF, 2013, p. 368.

¹⁵⁰ Malgré une forme d'effacement de la complexité des trajectoires individuelles et des variables cachées qu'une telle approche masque indubitablement. Philippe CORCUFF, « Respect critique », in *Pierre Bourdieu*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2008, p. 75-86.

ce lien entre des dispositions sociales et un rapport au travail. L'analyse par les déterminants sociaux remet à l'ordre du jour les pistes ouvertes par Haroun Jamous et Bernard Peloille quant au rôle des attributs sociaux dans le changement, ou plutôt, dans le cas d'espèce, le non-changement : « *le dilemme simplifié [des médecins] peut s'exprimer ainsi : ou je m'efforce de mieux maîtriser le processus de production afférent à mon activité, en conséquence, je le rationalise et il me donne la possibilité de mieux prévoir ; mais je fournis alors à un autrui différent de mon fils ou d'un membre de mon groupe, la possibilité de me remplacer, ou d'exercer la même activité et de jouir de ses avantages. Ou bien je tiens à ce que ce soit mon fils ou un membre possédant les mêmes qualités sociales que moi qui me remplace et jouisse de ces avantages, il vaut mieux alors codifier moins ; mais je m'interdis la possibilité de mieux maîtriser mon domaine et de prévoir* »¹⁵¹. Si ces auteurs ne travaillent pas sur la professionnalisation (ils étudient le changement du statut de médecin hospitalier), ils ouvrent des pistes intéressantes sur le lien entre un contenu d'activité (et ses nuances le faisant osciller entre technique reproductible par le profane d'un côté et indétermination trop importante d'un autre) et un statut social (à préserver dans leur cas). Si ces propositions n'ont guère eu de suites¹⁵², elles donnent des premiers éléments heuristiques pour expliquer le moteur de la professionnalisation : il y a alliance de déterminants sociaux (des acteurs hospitaliers ayant des capitaux mobilisables), de conditions sociales (l'arène politique et le cadre cognitif général de la réforme hospitalière de 1958¹⁵³) mais aussi d'un contenu de travail se prêtant à une organisation professionnelle (indétermination limitée par des propositions scientifiques crédibles). Finalement, proposer une explication du processus de professionnalisation en cours chez les kinésithérapeutes suppose alors de prendre en compte ces différentes dimensions dans leurs évolutions historiques.

Pour résumer cette démarche de thèse, l'enjeu est de saisir chez un groupe professionnel ce qui fait ou non profession ainsi que les logiques de professionnalisation en cours et de dégager des facteurs explicatifs. Pour ce faire, l'approche tente de saisir des éléments « internalistes » comme « externalistes », pour reprendre le lexique de la sociologie des sciences¹⁵⁴. Il s'agit de faire travailler ensemble dispositions sociales, contextes d'expression et contenus du travail. L'objectif est de comprendre sociologiquement le contenu des actions (du travail, donc des façons de faire science en kinésithérapie, d'apprendre le métier, de l'exercer, mais aussi les instruments mobilisés dans l'action

¹⁵¹ H. JAMOUS et B. PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », art. cit.

¹⁵² Patrice Pinell laisse un peu de côté les déterminants sociaux présidant aux hiérarchies mais réutilise l'idée d'un contenu d'activité spécifique (autonome, peu rationalisable, peu accessible au profane) dans la description d'un champ médical, c'est-à-dire, en creux, de procédés de hiérarchisation. Patrice PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157-1, 2005, p. 4.

¹⁵³ Haroun JAMOUS, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Editions du CNRS, 1969.

¹⁵⁴ Bruno LATOUR, « Philosophie contre sociologie des sciences: Une querelle enfin dépassée ? », *Le Débat*, 92-5, 1996, p. 153 ; Cédric GRIMOULT, « Internalisme contre externalisme », in *Histoire de l'histoire des sciences*, Genève, Librairie Droz, 2003, vol.198, p. 139-144.

publique) et leurs conditions sociales de production (origines sociales, déterminants genrés mais aussi situations d'interactions et effets des socialisations successives¹⁵⁵).

3) Démarche d'enquête : de l'ethnographique cherchant à intégrer dispositions sociales, contextes et contenus du travail.

L'enquête a été initiée en suivant des hypothèses liées aux rôles du new public management¹⁵⁶, de la rationalisation¹⁵⁷ ou de la libéralisation européenne¹⁵⁸ dans les destinées d'un groupe professionnel. Si celles-ci ont ensuite été retravaillées, elles ont orienté une approche du terrain s'inspirant de la sociologie de l'action publique : il s'est notamment agi de cartographier les catégories d'acteurs de plusieurs niveaux¹⁵⁹, d'enquêter les institutions parties prenantes¹⁶⁰ et d'analyser les instruments mobilisés¹⁶¹. Les méthodes utilisées ont été variées, guidées par les interrogations émergentes au fur et à mesure du travail de terrain, allant de l'observation ethnographique au questionnaire, en passant par l'entretien semi-directif. Plus qu'une appropriation des outils d'enquête des sciences sociales, l'enjeu a alors été de les faire travailler au service d'une enquête indigène¹⁶², menée par un kinésithérapeute enquêtant sur la kinésithérapie.

a) Entrer dans l'enquête et dépasser les prénotions indigènes sur la kinésithérapie

Cette approche de la professionnalisation des kinésithérapeutes ne s'est imposée que progressivement au cours de l'enquête. Le questionnement sur les flux migratoires à l'origine de la thèse a été retravaillé au cours de l'enquête empirique, initiée avec deux hypothèses principales. La première était que la

¹⁵⁵ Le déterminisme social est largement sollicité dans cette thèse, mais il n'empêche pas une attention aux trajectoires des acteurs et à leurs singularités en accord avec l'approche compréhensive : « *pour l'interprétation compréhensive de l'activité que pratique la sociologie, ces structures [Etat notamment] ne sont que des développements et des ensembles d'une activité spécifique de personnes singulières* » M. WEBER, *Economie et société*, op. cit., p. 41.

¹⁵⁶ Philippe BEZES et Christine MUSSELIN, « Le New Public Management. Entre rationalisation et marchandisation », in *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2015, p. 125-152.

¹⁵⁷ Audrey VEZIAN, « Les limites de la rationalisation managériale: Le cas de la transformation organisationnelle de la recherche sur le cancer en France », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2017, p. 83.

¹⁵⁸ Patrick HASSENTEUFEL, Sylvie DELAYE, Frédéric PIERRU, Magali ROBELET et Marina SERRE, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens: Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2-1, 2001, p. 29.

¹⁵⁹ N. BELORGEY, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, op. cit.

¹⁶⁰ Les institutions et leurs rôles propres sont des objets particulièrement saisis par la science politique. Bruno PALIER et Yves SUREL, « Les "trois I" et l'analyse de l'état en action », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 7-32.

¹⁶¹ P. LE GALES, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'Etat en Grande-Bretagne », art. cit.

¹⁶² Pour reprendre la terminologie d'Olivier Schwartz. Olivier SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », in *Le Hobo, sociologie d'un sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2014, p. 335-384.

kinésithérapie était une profession malmenée par la conjonction d'une bureaucratisation du travail en santé¹⁶³ et d'une libéralisation européenne des formations et marchés du travail¹⁶⁴. Cette hypothèse suivait la logique d'Eliot Freidson et son analyse de l'organisation du travail professionnel comme distincte de celle du travail « bureaucratique » d'une part et du travail « commercial », basé sur le libre-échange, d'autre part¹⁶⁵.

La seconde hypothèse, en partie en lien, était que les flux migratoires de kinésithérapeutes entre pays soient le reflet de cette libéralisation et, in fine, commercialisation progressive d'une formation initialement professionnelle. Il était alors envisageable que cette commercialisation de la formation tende à réduire progressivement l'activité de travail elle-même à une activité fortement marchande et perdant de son « ethos » désintéressé ou, à minima, son approche prudentielle du patient.

Ces hypothèses initiales ont été largement battues en brèche. Tout d'abord elles étaient basées sur le présupposé initial que la kinésithérapie était une profession. Si quelques éléments légaux (le statut paramédical) ou quant aux relations de travail (la prescription médicale) contredisaient cette image, ils étaient mis sur le compte du maintien un peu archaïque d'éléments de domination d'abord bureaucratiques voués à disparaître. Pourtant, la kinésithérapie ne correspond pas à l'idéal-type de profession sur d'autres points, moins institutionnels mais déterminants : son savoir notamment est d'abord dû à la biomédecine, ce qui met ce groupe professionnel en situation dominée par rapport à la profession médicale. Les actes autorisés dépendent de cette dernière, ce qui altère l'autonomie de la kinésithérapie et sa capacité à s'auto-définir indépendamment. Autrement dit, le postulat d'une kinésithérapie vouée à devenir une profession une fois les dernières contraintes bureaucratiques levées (et sous réserve que le libéralisme ne détruise pas ce processus de professionnalisation) a été affaibli par l'analyse de l'organisation de l'écologie de la santé et du travail effectif des kinésithérapeutes. Si des traits professionnels sont effectivement retrouvés, les obstacles à la professionnalisation ne sont pas uniquement externes (la bureaucratie ou le libre-échange).

D'autre part, la marchandisation de la formation, incontestable, n'empêche pas que la réalité au niveau des acteurs de terrain soit plus complexe : les enseignants de ces « officines » étrangères ne sont pas seulement mus par une logique commerciale ou de profit. Ils enseignent de la façon qu'ils jugent la plus adéquate dans les conditions de travail dont ils disposent, qu'ils cherchent par ailleurs à améliorer.

Si les étudiants qui se forment dans ces universités privées étrangères (comme Enzo) diffèrent effectivement des étudiants de France (comme Hector), leur approche ne tient pas simplement à

¹⁶³ Hypothèse notamment soutenue par la lecture du texte de Frédéric Pierru : Frédéric PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », in *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, Éditions La Découverte, 2013, p. 203-230.

¹⁶⁴ Plus que des cas empiriques particuliers, cette approche du néo-libéralisme comme menace pour les professions était à relier aux lectures de Barbara Stiegler. Barbara STIEGLER, « *Il faut s'adapter* » : *sur un nouvel impératif politique*, Paris, Gallimard, 2019.

¹⁶⁵ E. FREIDSON, *Professionalism*, *op. cit.*

l'exercice d'une pure rationalité commerciale. Elle est liée à la rencontre avec des kinésithérapeutes français en exercice plutôt libéraux, généralistes et s'occupant des sportifs locaux. A ce titre, elle est certes différente de celle des étudiants « de France », pour leur part formés à proximité des CHU, sensibilisés à l'importance de la recherche scientifique et attachés à la valorisation de la spécialisation ou des exercices coordonnés mais elle ne se réduit pas à la représentation d'un « épicier du corps ». L'enjeu principal est plutôt celui d'une différence dans les poids respectifs donnés à la technique et à l'indétermination dans l'exercice du métier¹⁶⁶ et non une segmentation entre logique marchande et logique professionnelle.

b) La sociologie de l'action publique au service de l'enquête sur les changements au sein d'un groupe professionnel

Les premiers constats empiriques, nuanciant les hypothèses de départ, et la volonté de comprendre les ressorts de la professionnalisation d'un métier, ont imposé une logique de recherche propre à la sociologie des professions et du travail (étude des institutions du métier¹⁶⁷, du contenu du travail¹⁶⁸ et de la logique professionnelle¹⁶⁹) mais aussi à la sociologie de l'action publique¹⁷⁰. Celle-ci, saisie dans son acceptation large de « *l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux* »¹⁷¹, propose une tradition de recherche stimulante pour comprendre les transformations en cours au sein d'un groupe organisé de travailleurs. Elle permet de penser les relations aux clients et aux autres acteurs de la santé, les évolutions des pratiques, les représentations du métier chez les différents impétrants d'une part et la logique des régulateurs administratifs d'autre part qui concourent alors à des nouveaux échanges, instruments, tensions et régulations autour de la place sociale envisagée pour les kinésithérapeutes. Il s'agit, en résumé, de saisir les dynamiques d'action publique sous-jacentes au phénomène de professionnalisation¹⁷². Dans cette définition, et en discussion avec la sociologie des professions, cette

¹⁶⁶ Haroun Jamous et Bernard Peloille notent l'importance de ce rapport « I/T » à savoir « Indermination/Technique » pour définir le travail professionnel. H. JAMOUS et B. PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », art. cit.

¹⁶⁷ C. DUBAR, P. TRIPIER et V. BOUSSARD, *Sociologie des professions*, op. cit.

¹⁶⁸ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

¹⁶⁹ E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

¹⁷⁰ Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, 2e édition., Paris, Colin, 2012.

¹⁷¹ Vincent DUBOIS, « L'action publique », in *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 311-325, p. 311-325. Cité par Fanny VINCENT, « Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail "en 12 heures" à l'hôpital public. » Université de Paris-Dauphine, Paris, 2016, p. 29. Cette approche rejoint celle de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès qui parlent d'« *action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes et à la résolution des conflits* » P. LASCOUMES et P. LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 7.

¹⁷² L'objectif est ainsi complètement inverse de celui de Thomas Le Bianic et Antoine Vion, qui, eux, cherchent plutôt à comprendre comment les professionnels influencent l'action publique et sont appelés à résoudre des problèmes tenant des politiques publiques. Thomas LE BIANIC et Antoine VION, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ-Lextenso éd, 2008.

recherche tente d'appréhender l'action publique à plusieurs niveaux¹⁷³. S'inspirant largement de l'approche de Nicolas Belorgey¹⁷⁴ ou du travail de Fanny Vincent¹⁷⁵, l'enquête a fait appel à une ethnographie multi-située.

¹⁷³ Et non pas seulement au niveau de « l'Etat », ce qui explique la préférence pour la terminologie « action publique » plutôt que « politique publique », plus connotée comme stato-centrée. P. LASCUMES et P. LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, *op. cit.*, p. 8. Voir aussi la définition de Philippe Braud de l'action publique comme processus décisionnel multiniveaux mettant en jeu des partenariats publics/privés (P. BRAUD, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 745.)

¹⁷⁴ Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2012, p. 9.

¹⁷⁵ F. VINCENT, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public.*, *op. cit.*

Ecologie de la Kinésithérapie française et de ses tutelles

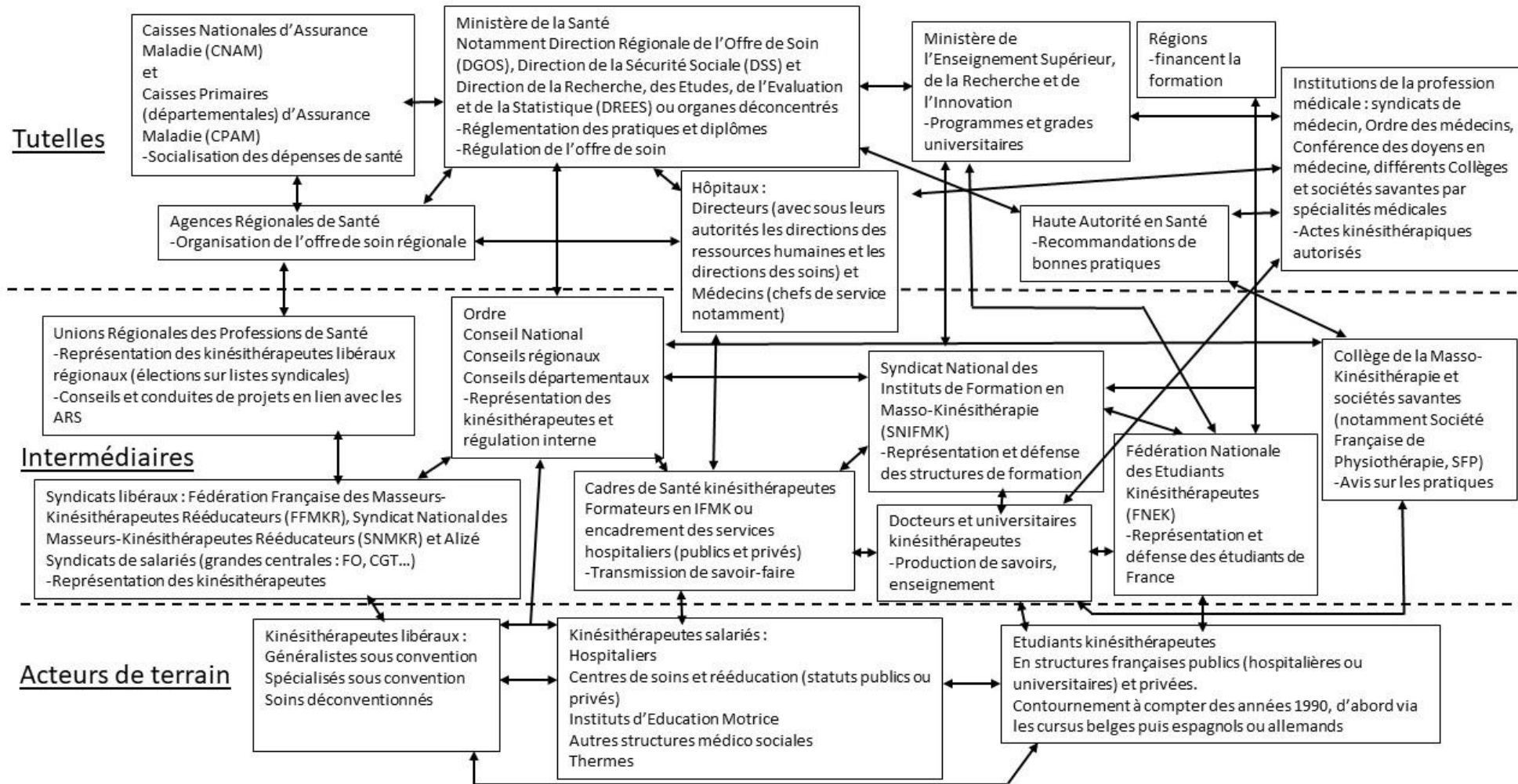


Schéma 1 : Ecologie de la kinésithérapie française et de ses tutelles

Description institutionnelle de l'écologie de la kinésithérapie française et ses tutelles

Guide de lecture :

- Chaque case correspond à une institution ou à un groupe d'acteurs, sans présupposer de leur taille.
- Seuls les rôles principaux étudiés ici sont précisés
- Les flèches marquent les échanges principaux, ce qui ne veut pas dire que les acteurs ou institutions non mis en relations directes ne sont pas interdépendants (les recommandations HAS ont des effets normatifs sur les acteurs de terrain sans pour autant que ceux-ci « négocient » directement avec cette institution). Des intersections peuvent exister entre les groupes, ceux-ci sont donc distingués et catégorisés uniquement pour rendre compréhensible l'écologie concernée.
- Trois « étages » principaux sont identifiés dans l'organisation de la kinésithérapie : les tutelles, les intermédiaires (institutions de la kinésithérapie et ses représentants) et les kinésithérapeutes de terrain. Il s'agit d'une logique de découpage selon les différents niveaux d'action publique dans l'écologie concernée.
- Le rôle des intermédiaires est ici particulièrement mis en avant comme interface entre acteurs de terrain et tutelles. A noter que la réalité peut montrer quelques nuances : des acteurs des ministères ou de la CNAM peuvent se forger un avis sur la kinésithérapie via des contacts personnels avec des kinésithérapeutes (soins personnels, familiaux, contacts amicaux...)

L'enquête est partie des acteurs de terrain, plus précisément des aspirants kinésithérapeutes ou jeunes professionnels. Il s'agissait de saisir la manière dont les kinésithérapeutes travaillent, avec quelles nuances de professionnalisme ils exercent leur activité, mais aussi la manière dont les futurs kinésithérapeutes anticipent leur futur métier. A cet étage, l'analyse ne tranche pas entre les apports de l'individualisme méthodologique¹⁷⁶ et du holisme¹⁷⁷ : d'un côté les croyances des individus, leurs intérêts, leur réception de leur écologie sont pris en compte pour analyser la façon dont ils se comportent dans leur travail (ou leur formation), c'est-à-dire dans un système contraint. De l'autre, ces acteurs sont aussi saisis dans leurs trajectoires biographiques¹⁷⁸. Il s'agit alors de comprendre comment leurs habitus conditionnent leur rapport à leur monde et forment « les lunettes » à travers lesquelles ils le perçoivent¹⁷⁹. Les positionnements de Enzo et Hector gagnent ainsi à être envisagés à travers leurs

¹⁷⁶ Ce travail en retient l'importance du choix rationnellement limité des acteurs et l'effet « boule de neige », la transformation sociale qui provoque l'ensemble des choix agrégés, ce qui est particulièrement heuristique ici, quelques étudiants pionniers à l'étranger obtenant la validation du diplôme de kinésithérapeute en France entraînent progressivement une institutionnalisation de cette voie de contournement des quotas à la formation français. Le parallèle avec la massification scolaire et le maintien des inégalités des chances à l'époque de Raymond Boudon est alors saisissant. Raymond BOUDON, *L'inégalité des chances: la mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris, Pluriel, 2011.

¹⁷⁷ Le déterminisme social, pensé comme probabiliste et non mécanique, permet de proposer des cadres explicatifs aux phénomènes. Les « capitaux » des étudiants, explorés via des variables quantitatives dans cette thèse, présentent des redondances suffisantes selon les groupes nationaux de formation pour proposer un cadre de pensée, des aspirations et un « habitus » commun. En cela la filiation avec « les héritiers » de Pierre Bourdieu est évidente (Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON, *Les héritiers: les étudiants et la culture*, Paris, Les Éd. de Minuit, 1994.). Le mode d'expression « concret » de ces capitaux n'est pas oublié dans ce paradigme, Pierre Bourdieu lui-même rappelant l'importance des analyses qualitatives « *capitales pour comprendre, à c'est à dire expliquer complètement ce que les statistiques ne font que constater* ». Pierre BOURDIEU (dir.), *Questions de sociologie*, Repr., Paris, Ed. de Minuit, 2009, p. 291.

¹⁷⁸ Stéphane BEAUD, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 9-35, 1996, p. 226-257.

¹⁷⁹ Au tournant des années 2000, Michel Gollac montre notamment comment les travailleurs confrontés à l'informatisation ont des comportements variables en fonction de leurs origines sociales, de la sensation d'être le

habitus, celui d'une petite bourgeoisie fragilisée pour Enzo, qui valorise les comportements utilitaires et rentables, celui d'une bourgeoisie culturelle stabilisée chez Hector, faisant la part belle aux verdicts scolaires et à l'étayage scientifique ou discursif de ses pratiques. Mais dans le même temps, leurs comportements estudiantins puis de jeunes professionnels dépendent aussi de leurs socialisations secondaires : Enzo a suivi une voie de diplomation détournée, connue via une connaissance personnelle l'ayant expérimentée, empreinte de logique marchande et située dans un contexte national où les soins de kinésithérapie sont privés et aux frais des patients. Hector, pour sa part, a suivi une voie « méritocratique » française en accord avec ses résultats de secondaire, l'incitant à penser la kinésithérapie comme spécialité médicale et dans un contexte national où le financement des soins est socialisé. C'est bien la cohérence de tous ces éléments qui explique le positionnement idéal-typique de ces deux jeunes kinésithérapeutes comme « boutiquier » technicien pour l'un et professionnel militant, scientifique et enseignant pour l'autre.

Si ces acteurs font l'activité, un niveau plus institutionnel de représentation de ces étudiants et travailleurs semble aussi important à saisir. Ces « groupes d'intérêts »¹⁸⁰ sont susceptibles de développer « des actions stratégiques de changement »¹⁸¹ en discussion avec les tutelles notamment étatiques. Cet étage de l'analyse, que Nicolas Belorgey qualifie « d'intermédiaire »¹⁸², se caractérise par une certaine variété : au-delà des traditionnels représentants syndicaux ou ordinaires, les enseignants ou directeurs de structures de formation, les scientifiques regroupés en associations ou les mouvements d'étudiants (là encore aussi bien proches du syndicalisme que de l'organisation d'événements festifs ou scientifiques) sont ici rassemblés. Cette catégorisation repose sur l'institutionnalisation de leurs tentatives de promouvoir leurs vues quant à la kinésithérapie, malgré des positions très diverses. Bien qu'ici considérées ensemble, les positions de ces « intermédiaires » ont, en réalité, été analysées en fonction des nécessités des cas empiriques mobilisés (les syndicalistes dans les discussions avec la CNAM, les directeurs d'IFMK concernant les réformes des études). L'enquête propose là aussi une approche ethnographique des acteurs impliqués¹⁸³, mais en y ajoutant une prise en compte du contexte socio-historique. En effet, en faisant « institutions », ces groupes d'intérêts laissent apparaître d'autres facteurs explicatifs de leur position et mobilisation : en accord avec l'approche néo-institutionnaliste¹⁸⁴, les

serviteur de l'ordinateur (secrétaires) au rapport de contrôle distant de l'outil pour les cadres. P.-M. MENDER (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, op. cit., p. 162-174.

¹⁸⁰ Michel Offerlé définit les groupes d'intérêts comme les groupes sociaux ayant réussi à être reconnus comme interprètes légitimes des intérêts qu'ils prétendent défendre (ils sont délimités, légitimés et tentent d'assurer une forme de représentativité). Michel OFFERLE, *Sociologie des groupes d'intérêt*, 2e édition., Paris, Montchrestien, 1998.

¹⁸¹ P. LASCOUMES et P. LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 86.

¹⁸² N. BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », art. cit.

¹⁸³ Nicolas BELORGEY, « Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier », *Revue française d'administration publique*, N°174-2, 2020, p. 405.

¹⁸⁴ Paul J. DIMAGGIO et Walter W. POWELL, « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48-2, 1983, p. 147-160.

institutions ne sont pas considérées comme des réceptacles neutres des choix et orientations des acteurs. Celles-ci sont le produit d'une histoire¹⁸⁵ et d'adoptions progressives de cadres cognitifs, de méthodes et d'instruments qui limitent les choix des possibles. C'est ainsi que les évolutions temporelles touchant ces groupes d'intérêt sont prises en compte dans l'analyse, par l'examen des traces écrites ou des propos recueillis en entretien auprès des enquêtés (anciens directeurs d'IFMK, anciens responsables syndicaux). Il s'agit de documenter comment les acteurs intermédiaires s'engagent dans la professionnalisation de l'activité tout en prenant en compte l'historicité des institutions et les différentes couches sédimentaires de choix qui les contraignent.

Le dernier étage, que Nicolas Belorgey qualifie « d'auteurs de normes », est celui des « tutelles » de la kinésithérapie, allant des autorités publiques telles les institutions d'Etat (qui peuvent édicter des quotas à la formation, ouvrir ou non des postes ou des structures de soin ou de formation), européennes (qui procèdent à l'encadrement légal de la libre circulation des travailleurs et de la reconnaissance des diplômes) ou les collectivités territoriales (les régions financent ces formations) et les institutions de la profession médicale (auxquelles revient la définition de la science légitime, enjeu de tutelle sur les formations de kinésithérapie). Il ne s'agit pas ici de réifier ces tutelles et leur rôle central dans la production de la règle. Les intermédiaires notamment jouent un rôle de traduction et d'adaptation de celle-ci. Pourtant, elles participent à la création d'un cadre cognitif et partiellement normatif qui contraint les groupes d'intérêts et les acteurs. Là encore l'approche a été à la fois biographique et socio-historique. Une particularité tient ici à ma position de kinésithérapeute, qui m'a permis un accès privilégié auprès des acteurs de terrain (recrutés initialement par effet « boule de neige »¹⁸⁶ autour de mon réseau). Face aux acteurs intermédiaires, ma présentation comme kinésithérapeute-doctorant a là aussi favorisé un accueil favorable et a permis des entretiens s'appuyant sur des débats et échanges d'idées. Si l'analyse de ces données a ensuite exigé un travail réflexif important, il est incontestable que l'enquête empirique a été facilitée : de nombreux acteurs ont d'ailleurs pu être recrutés via ces enquêtés (l'entretien avec un enseignant pouvant conduire à assister à son cours et à prendre contact avec des étudiants hors de mon réseau initial). A l'inverse, cette position s'est révélée moins favorable auprès des acteurs partis prenantes des tutelles. Les cadres administratifs notamment (ministère de la Santé, CNAM) ont peut-être moins facilement accepté les entretiens et, aux cours de ceux-ci, ont pu faire preuve d'une plus grande réserve vis-à-vis d'un « professionnel ». Dans la majorité des cas, cette identité était dès le départ connue de ces enquêtés : aux échelons régionaux ma position syndicale au sein d'une

¹⁸⁵ François Buton montre l'importance d'approcher les institutions dans leur historicité à travers les cas des catégories des sourds et des aveugles. Initialement le fruit de mobilisations d'acteurs dotés de forts capitaux dans des contextes globaux et selon des fenêtres d'opportunités, ces catégories forment ensuite des groupes sociaux délimités, dotés d'institutions et administrés selon des logiques propres découlant de différentes sédimentations progressives. François BUTON, *L'administration des faveurs: l'État, les sourds et les aveugles (1789 - 1885)*, Rennes, Presses Univ. de Rennes, 2009.

¹⁸⁶ Charlie PARKER, Sam SCOTT et Alistair GEDDES, « Snowball Sampling », *SAGE Research Methods Foundation*, , 2019, p. 13.

URPS (de 2015 à 2021) a permis de participer à des réunions. Aux échelons nationaux, ce sont parfois les acteurs intermédiaires (notamment la présidente de l'ordre et un ancien président de syndicat¹⁸⁷) qui ont permis d'obtenir des rencontres avec les acteurs administratifs. Si à d'autres occasions (entretiens dans d'autres régions, enquêtes nationales démarchés directement) ma position indigène aurait pu rester inconnue, ces enquêtés « dominants » ont toujours demandé, à un moment ou l'autre de l'entretien¹⁸⁸, des précisions quant à ma trajectoire : je n'ai, alors, jamais dissimulé mon identité de kinésithérapeute. Cette position explique donc que les enquêtés aient été possiblement précautionneux vis-à-vis d'un enquêteur partie prenante du monde professionnel administré : il pouvait exister un enjeu à ne pas dévoiler des projets ou des positionnements susceptibles d'être ensuite utilisés par les représentants des kinésithérapeutes dans d'éventuelles négociations. Les trajectoires biographiques ont ainsi été souvent moins richement documentées que celles des acteurs de terrain (devant l'argument que « ce n'est pas le sujet »¹⁸⁹). C'est pour compléter ces données que l'approche par les instruments de régulation de la kinésithérapie a été mobilisée¹⁹⁰. Patrick Le Galès décrit le rôle des instruments dans le contrôle à distance du secteur de la Santé en Grande Bretagne, avec la construction d'indicateurs, le financement dépendant de ceux-ci mais aussi les logiques d'inspection et d'audit qui en découlent¹⁹¹. Dans le même temps, et c'est tout l'intérêt de cette approche, cette logique des instruments nécessite une adaptation régulière en fonction de leur réception et de leur capacité à décrire le travail des organisations administrées¹⁹². Il y a ainsi une nécessaire traduction par des intermédiaires¹⁹³ mais aussi un processus de transformation temporelle¹⁹⁴. En cela, l'approche par les instruments est utile pour comprendre à la fois les contraintes normatives que mettent en place les tutelles tout en intégrant les discussions avec les

¹⁸⁷ Cette aide en dit long sur le climat de bienveillance dans lequel j'ai été reçu par les acteurs « intermédiaires ».

¹⁸⁸ Dans quelques cas, ces demandes sont venues tard dans l'entretien, permettant parfois de noter des changements de ton notables.

¹⁸⁹ Sylvain Laures et Delphine Serre notent ces difficultés méthodologiques tout en réaffirmant la nécessité de s'intéresser aux dispositions sociales dans l'analyse de l'action publique. Sylvain LAURENS et Delphine SERRE, « Des agents de l'Etat interchangeables? L'ajustement dispositionnel des agents au coeur de l'action publique », *Politix*, 3-115, 2016, p. 155-177.

¹⁹⁰ Charlotte HALPERN et Patrick LE GALES, « Pas d'action publique autonome sans instruments propres: Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne », *Revue française de science politique*, 61-1, 2011, p. 51.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² Ces dimensions sont présentes dans la définition que Patrick Le Galès donne de l'instrument d'action publique qui « constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur ». P. LE GALES, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'Etat en Grande-Bretagne », art. cit, p. 237.

¹⁹³ Jérôme Aust, Harold Mazoyer et Christine Musselin montrent comment l'instrument de l'IDEX est saisi de façon différente en fonction des situations, mais aussi que l'instrument évolue aussi dans le temps, en même temps que les établissements s'y conforment. Jérôme AUST, Harold MAZOYER et Christine MUSSELIN, « Se mettre à l'IDEX ou être mis à l'index: Conformations, appropriations et résistances aux instruments d'action publique dans trois sites d'enseignement supérieur », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2018, p. 9.

¹⁹⁴ Jérôme Aust et Clémentine Gozlan retracent comment les instruments évoluent dans le temps en fonction de leur acceptabilité d'une part et de la reconfiguration du projet politique qu'ils peuvent servir d'autre part. Jérôme AUST et Clémentine GOZLAN, « Des instruments contestés. Emergence et effets de la critique des instruments du gouvernement de la recherche en France (1961-2015) », *Revue française de science politique*, 68-3, 2018, p. 493-514.

étages intermédiaires (comme traducteurs mais aussi négociateurs de ces normes) et les évolutions historiques. Une limite importante est l'aspect parfois très situé et singulier de chaque instrument ainsi négocié : en quoi les cas retenus ici de la régulation démographique via un indicateur quantitatif nommé « APL »¹⁹⁵ ou de la régulation des pratiques des kinésithérapeutes (en cas de bronchiolites du nourrisson) via la recommandation HAS nous renseignent sur le processus de professionnalisation (ou le statut quo) des kinésithérapeutes ? C'est là que les entretiens menés jouent leur rôle pour expliquer ce qui, dans ces instruments d'action publique, est propre aux situations et ce qui rend compte de façon plus générale de la position de la kinésithérapie (et ses mutations) du point de vue des tutelles.

c) L'enquête empirique

¹⁹⁵ Accessibilité Potentielle Localisée qui prétend mesurer l'adéquation spatiale entre la densité de population et le nombre de professionnels de santé par unité géographique de territoire.

Dispositif d'enquête

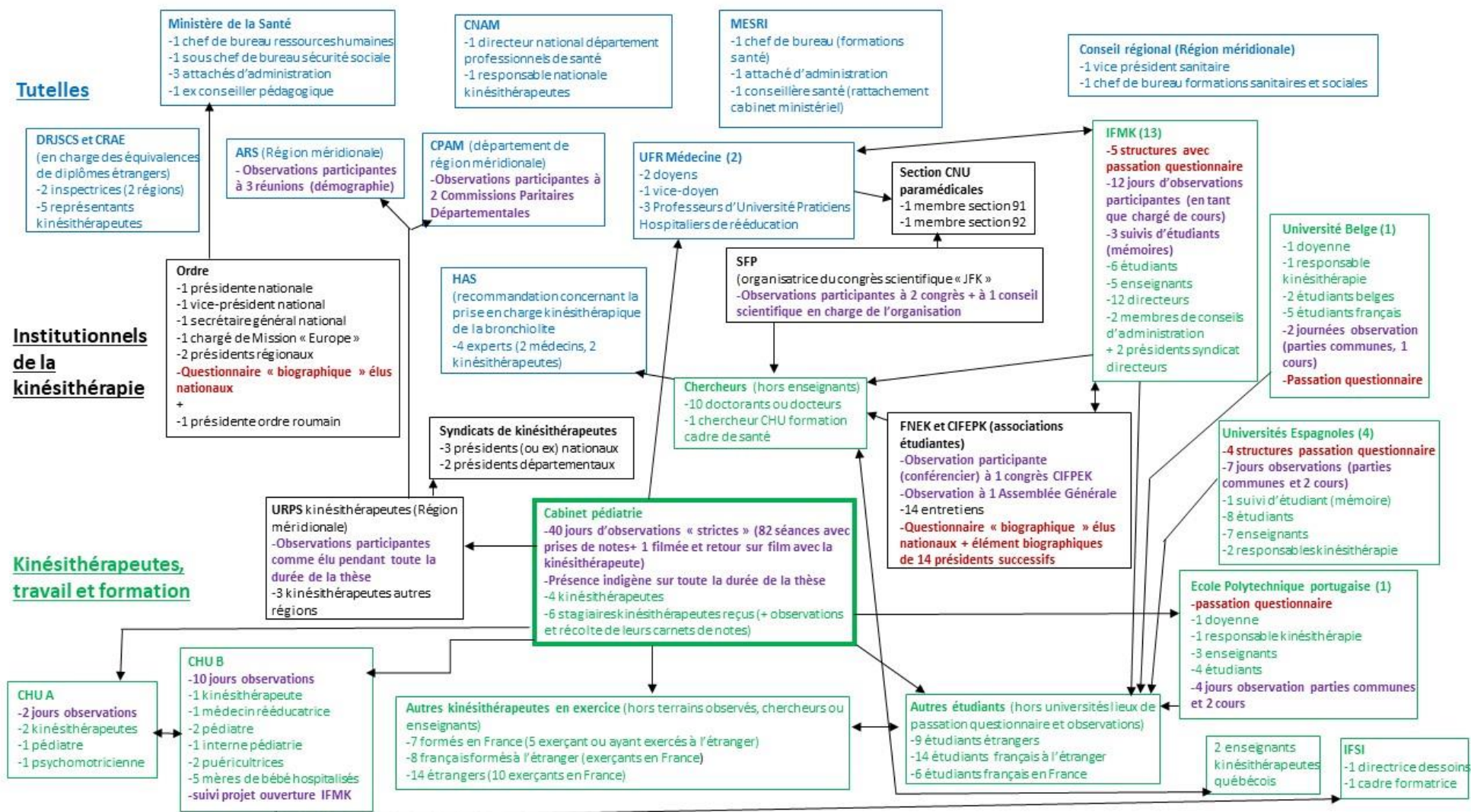


Schéma 2 : dispositif d'enquête

Schéma du dispositif d'enquête

Codes de lecture :

Les couleurs correspondent aux terrains rassemblés selon trois niveaux, acteurs de terrain (vert), intermédiaires (noir) et tutelles (bleu) et aux méthodes d'enquête (l'enquête par questionnaire est matérialisée en rouge, l'enquête par observations est matérialisée en violet).

Certains terrains sont reliés par des flèches car interconnectés : il s'agit de cas où des acteurs rencontrés ont favorisé l'accès à des terrains ultérieurs. Les flèches peuvent faire des allers-retours quand l'interconnaissance a permis de rencontrer des acteurs dans les deux sens. A noter qu'à l'inverse, les terrains isolés et non reliés par des flèches ont été contactés directement sans solliciter d'interconnaissance.

Le terrain du cabinet de pédiatrie est encadré en gras, il a un rôle déterminant dans le démarrage de l'enquête en offrant des facilités d'accès à de nombreux terrains.

Les acteurs cités ont été rencontrés pour des entretiens (au total 212). Les éléments d'enquête par questionnaire ou observation sont précisés. Dans ce dernier cas notamment, ce sont les observations formelles, donnant lieu à prises de notes sur des temps dédiés qui sont relatées (d'autres observations informelles, à l'occasion de mes déplacements ont sans doute enrichi mon regard sans pouvoir être relatées précisément). La plupart des entretiens avec les acteurs de tutelle ou intermédiaires (les institutionnels de la kinésithérapie) ont eu lieu en présence physique (il s'agissait d'occasions d'investir les lieux, notamment de formation). Compte tenu des limitations de déplacement à compter de mars 2020 (épidémie de Covid-19), les derniers entretiens (HAS ou quelques directeurs d'IFMK français) ont eu lieu en visioconférence. Pour les acteurs de terrain, les entretiens de 2018 et 2019 ont été réalisés en présence physique, ceux de 2020 et 2021 le plus souvent en visioconférence. Les durées moyennes ont été de 1h30.

Liste des sigles :

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIFEPK : Congrès International Francophone pour les Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNU : Conseil National des Universités

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (échelon départemental)

CRAE : Commission Régionale d'Autorisation d'Exercice (pilotée par les DRJSCS sous autorité des préfets de région)

DRJSCS : Directions Régionales Jeunesse Sport et Cohésion Sociale (avec une prérogative sur les diplômes de Santé issue des anciennes Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales)

FNEK : Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes

HAS : Haute Autorité en Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFMK : Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation

UFR médecine : Unité de Formation et de Recherche en médecine

URPS : Union Régionale des Professions de Santé (représentants des métiers de la santé auprès des ARS, élus par les libéraux conventionnés sur listes syndicales)

SFP : Société Française de Physiothérapie

La posture indigène

Cette enquête a eu comme point de départ l'interrogation sur les migrations européennes d'étudiants kinésithérapeutes. Le cabinet de kinésithérapie pédiatrique au sein duquel j'ai exercé pendant 10 ans a alors servi de point d'observation : des étudiants de structures de formation espagnoles et françaises y sont reçus en stage. Il a aussi servi de point de départ à un premier recrutement de proche en proche :

les étudiants passés par le cabinet m'ont permis de rencontrer pour entretien des camarades de promotion qui m'ont ensuite aiguillé vers d'autres enquêtes.

L'enquête ethnographique par observation s'est déroulée en grande partie au sein du même cabinet, où l'interconnaissance étroite a permis des observations sans présence d'un enquêteur identifié comme extérieur, favorisant le maintien des interactions sociales habituelles. Ma qualité de kinésithérapeute pédiatrique a favorisé mon accès au terrain¹⁹⁶ des deux services de néonatalogie des CHU locaux. Dans l'un d'entre eux notamment (le CHU B), les pédiatres avaient l'habitude d'échanger avec moi par courriers ou aux cours de réunions autour de projets communs (l'évaluation des « mouvements généraux » des nouveau-nés, présentée au chapitre 1), ils ont donc validé sans problème ma venue, qui n'a pas fait l'objet de convention formelle. Dans le CHU A, le degré d'interconnaissance était plus faible et résultait de ma participation au réseau de périnatalité local. C'est via un accord par mail, assorti d'une demande d'arrangement avec la kinésithérapeute attachée à la néonatalogie, que le médecin chef de service a accepté ma venue. Dans ces trois cas, l'enjeu n'était pas tant d'obtenir l'accès au terrain, que de s'assurer d'une part de la généralisation possible (et de ses limites) à partir d'exercices spécialisés de l'activité, et, d'autre part, de ma capacité à adopter une posture suffisamment réflexive sur des terrains aussi proches.

Le caractère généralisable est étayé par l'analyse de l'écologie de la kinésithérapie proposée au chapitre 1. La rééducation pédiatrique marque une forme de déplacement social qui la distingue partiellement d'un exercice plus classique de « généraliste » prenant en charge des « petites » pathologies traumatiques et rhumatismales. Dans le même temps, il s'agit d'un exercice restant inscrit dans un cadre conventionné, sous tutelle médicale, ce qui le distingue d'autres pratiques étudiées (la kinésithérapie du sport) ou évoquées (l'ostéopathie, le bien-être) dans cette thèse. Cet exercice pédiatrique est ancien et ancré dans le métier : il est à l'origine des innovations en rééducations orthopédiques du XIX^{ème} siècle (et de la gymnastique orthopédique redressant les scoliose et pieds bots¹⁹⁷) puis support d'une part importante de l'extension du métier au cours du XX^{ème} siècle (gymnastiques suite aux épidémies de poliomyélite¹⁹⁸, prise en charge des respirations altérées type mucoviscidose). La particularité la plus saillante est sans doute une présence massive de femmes, non documentée quantitativement au vu de l'absence de statistiques officielles sur les surspécialités, mais visible au cours des observations participantes dans les services de soin ou les formations. La très grande majorité des kinésithérapeutes

¹⁹⁶ C'est l'un des atouts de l'enquête indigène, bien que cet accès privilégié au terrain ne présume pas de l'analyse scientifique des données qui en découle. Gildas LOIRAND, L'expérience passée du sociologue comme archive incorporée. Remarques sur une méthode illégitime », in *Ce qu'incorporer veut dire*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires Septentrion, 2021, p. 237-262.

¹⁹⁷ Grégory QUIN, « Genèse d'un champ scientifique : l'Orthopédie comme fabrique d'une gymnastique. Du champ médical, de la spécialité orthopédique et des exercices corporels (1817-1847). », *Sciences sociales et sport*, 2-1, 2009, p. 171.

¹⁹⁸ Pour une description du contexte épidémique autour de la poliomyélite, il est possible de lire le roman de Philip Roth qui met en scène un éducateur sportif débordé par le virus touchant ses élèves. Philip ROTH, *Némésis roman*, Paris, Gallimard, 2012.

pédiatriques sont des femmes, à l'image de la grande majorité des soignantes en pédiatrie (infirmières, sage-femmes, aides-soignantes). D'autres surspécialités de la kinésithérapie, avec une division genrée plus proche de la parité existante chez les kinésithérapeutes français, auraient pu être envisagées mais l'accessibilité au terrain a été privilégiée. J'ai ainsi souscrit à la proposition d'Erving Goffman d' « opportunisme méthodologique »¹⁹⁹, et ai choisi de ne pas me priver d'une si belle occasion.

La capacité réflexive du chercheur reste le point le plus problématique découlant de ce choix. L'analyse d'une pratique libérale hors de mon cercle proche a été envisagée, mais l'accès au terrain aurait été plus contraignant tout en ne diminuant pas la part de travail réflexif à mener sur ma propre posture de kinésithérapeute. Méthodologiquement, la lecture du « Hobo » de Nels Anderson²⁰⁰, et de la célèbre postface d'Olivier Schwartz²⁰¹, a permis de distinguer la posture participante²⁰² de la posture indigène. Il s'agit bien ici de la dernière, un kinésithérapeute indigène qui observe les kinésithérapeutes au travail, comme le hobo Nels Anderson observait les hobos. Tout comme l'observation dans les trains, les camps de hobo ou les hôtels de passage de Chicago pour Nels Anderson, mon propre lieu de travail présentait l'avantage d'une accessibilité sans contrainte, d'une présence ne perturbant quasiment pas le milieu et d'une durée d'observation extensible à souhait. La particularité de la posture indigène tient à la trop grande connaissance du terrain : à l'inverse de l'observateur extérieur, comment percevoir et se distancier de situations devenues banales pour l'indigène ? Pour tenter d'y faire face, la récolte de données s'est inspirée de Nels Anderson et de sa propension à compter régulièrement les phénomènes observés. C'est ainsi que les ordonnances reçues au cabinet ont été catégorisées et comptées pour accréditer l'émancipation partielle du rôle d'exécutant médical : la majorité fait plus figure de renvoi de patients d'un praticien (médecin) à un autre (kinésithérapeute) que d'ordonnance d'actes techniques explicites. De la même manière, diverses traces écrites ont été récoltées et analysées, tels les carnets de stage tenus par les stagiaires, pour tenter de « falsifier »²⁰³ les résultats issus des observations directes, forcément soumis à la mécanique interprétative spontanée qui se met en route lors du processus d'observation. Si ces apports n'ont pas démenti mes observations sur des différences de positionnement entre stagiaires d'écoles françaises ou d'écoles étrangères, ils ont permis de mettre de la nuance dans celles-ci. En dernier lieu, une manière de se distancier du quotidien a été le recours à la vidéo : comment analyser des séances de rééducation que je pratique moi-même depuis plus de dix ans. Comment choisir au sein de toutes les notes prises ? Sur une aussi longue durée d'observation, certaines montraient des séances très répétitives, des praticiens à l'attention distraite, une efficacité incertaine devant des

¹⁹⁹ Erving GOFFMAN, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991.

²⁰⁰ N. ANDERSON, F. de SINGLY et O. SCHWARTZ, *Le Hobo*, *op. cit.*

²⁰¹ O. SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », art. cit.

²⁰² Christophe BROQUA, « L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant », *Genèses*, 75-2, 2009, p. 109.

²⁰³ Même dans le mécanisme inductif critiqué par Karl Popper, une forme de falsification est à l'œuvre par la recherche de cas discutant les inclinaisons spontanées du chercheur. Karl R POPPER, *Les deux problèmes fondamentaux de la théorie de la connaissance*, Paris, Hermann, 1999.

nourrissons parfois peu coopératifs. A l'inverse, d'autres montraient des pratiques empreintes de virtuosité gestuelle, des nourrissons réagissant de manières visiblement très différentes aux manœuvres proposées et un argumentaire du kinésithérapeute sur ces mouvements réalisés et leurs intérêts diagnostiques et thérapeutiques. Le travail pouvait prendre l'apparence de celui d'un ouvrier du corps ou de celui d'un médecin du mouvement. Plutôt qu'arbitrer entre ces différents éléments, qui ont nourri la réflexion, il a été choisi de recourir à l'analyse précise d'une séance enregistrée en vidéo. Avec l'accord écrit de la famille, une petite fille a été filmée au cours de la séance. Ce film a alors été montré à la kinésithérapeute observée, qui a pu livrer son analyse sur la situation. C'est la comparaison des entretiens avec la mère (qui a accepté un entretien en 2017, puis un second en 2020, dans les jours suivant la séance filmée) et de la réflexivité demandée à la kinésithérapeute sur sa pratique qui ont permis d'apporter d'autres éléments substantiels à mon analyse, nourrie par toutes les autres séances observées. Malgré ces procédures, les « lunettes » de l'analyse restent celles d'un chercheur indigène, avec la plus grande difficulté à voir tous les détails signifiants dans ce qui est sa pratique quotidienne (qu'aurait apporté l'analyse du travail administratif du praticien ?) et à dire les petites transgressions qui participent au travail humain. A l'inverse, ces « lunettes » indigènes sur un métier incorporé, en suivant Gildas Loirand, peuvent apporter une contribution en mettant le chercheur dans une posture favorable à la sélection d'éléments explicatifs signifiants et en réduisant les risques de succomber aux « biographies peu fiables »²⁰⁴. Cette thèse, sans prétendre à éclairer toutes les facettes de l'objet, participe à son analyse d'une manière située.

Cette position indigène m'a aussi ouvert d'autres portes en m'offrant l'opportunité d'assister à des réunions syndicales : j'ai été élu sur une liste²⁰⁵ pour siéger aux URPS (Unions Représentatives des Professions de Santé, représentant les kinésithérapeutes libéraux auprès des ARS), ce qui m'a permis un accès à ces lieux de délibération tout au long du travail de terrain. C'est fort de ces contacts que j'ai pu participer à des réunions avec une ARS du sud de la France ou à des réunions avec la CPAM d'un département de la même région. De la même manière, c'est mon titre de kinésithérapeute et mon parcours doctoral qui m'ont ouvert les portes des IFMK où j'ai pu enseigner et suivre des étudiants dans leurs travaux de recherche.

L'écrit a été un outil indispensable pour utiliser efficacement cette position indigène. Par la prise de notes (papiers ou numériques) permanente, la description la plus minutieuse possible des interactions, des paroles, du matériel, j'ai cherché à dépasser l'observation superficielle. La relecture de ce journal

²⁰⁴ Gildas LOIRAND, L'expérience passée du sociologue comme archive incorporée. Remarques sur une méthode illégitime », in *Ce qu'incorporer veut dire*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires Septentrion, 2021, p. 237-262.

²⁰⁵ Ma présence sur cette liste s'est faite à l'invitation d'un ami syndiqué. Le syndicat supportant la liste, Alizé sera peu évoqué au cours de ce travail. En effet, jusqu'en 2021 il n'était pas considéré comme représentatif (jugement du ministère de la Santé, sur résultats aux élections professionnelles et en fonction du nombre d'adhérents) et ne siégeait donc pas dans les instances de décisions nationales.

de terrain a été un moyen de mettre à distance ce qui me paraissait connu et évident. Elle a permis de dégager les axes pertinents de mon analyse autour du travail professionnel. Il s'est agi de retrouver les traces, mais aussi les absences, d'une pratique professionnelle (notamment dans sa définition prudentielle) dans le contenu du travail kinésithérapique, les revendications ou positionnements militants ainsi que l'apprentissage du métier.

L'observation indigène

Grâce à des journées dédiées à l'observation (ou des temps « libres » durant mes temps d'exercice comme praticien) des notes ont été prises sur le moment avec quelques compléments rajoutés en fin de journée pour rendre plus lisible l'échange et pour l'éclairer. Ces compléments sont parfois des comparaisons avec d'autres situations d'observations, ou d'autres travaux, afin d'expliquer en première intention les situations. Cette pratique peut contrevenir à la mise en garde bienvenue d'Olivier Schwartz concernant une interprétation sauvage des situations qui « *se met déjà en marche, à l'insu de l'ethnographe, dans le simple geste par lequel celui-ci, présentant des individus ou des groupes, leur attribue des pensées dont il ne dit pas si elles correspondent à des énoncés effectivement exprimés, à la manière plus ou moins intuitive dont il a cru possible de condenser le sens immédiat, ou encore à la signification latente qu'il en a reconstruite après coup* »²⁰⁶. Mais la temporalité longue de l'observation²⁰⁷ permet de maîtriser cet effet sur-interprétatif (notes démarrant lors du travail de master en 2017-2018, jusqu'à la fin de rédaction de la thèse au printemps 2022).

Au cabinet de pédiatrie, des créneaux ont été dédiés aux observations chaque semaine pendant toute l'année scolaire 2019-2020 (une journée, parfois deux), auxquels se sont greffées des sessions « sauvages », sur des temps de pause durant mon travail de praticien kinésithérapeute (1 ou 2 jours par semaine), situations de participation non observatrice plutôt que d'observation participante ! Après une période d'ajustement, où la pratique de l'observation était assez floue quant aux thèmes notés (comparaison inter professionnels, attitude vis-à-vis des enfants, de parents, paroles ou gestes), l'attention s'est progressivement concentrée sur la relation kinésithérapeutes-parents-enfants (ou étudiants-parents-enfants, dans le cas des stagiaires). C'est en effet devant les parents, en tant que décideurs du soin, que les kinésithérapeutes justifient (ou non) leurs pratiques. Une fois assumée la charge du sujet de recherche, la professionnalisation de la kinésithérapie, cette situation semblait particulièrement riche empiriquement. Comment les kinésithérapeutes, selon leurs profils divers,

²⁰⁶ O. SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », art. cit.

²⁰⁷ Cette temporalité longue est moins vraie pour l'observation de réunions ou de la formation, mais ces derniers cas peuvent être confrontés avec des entretiens menés avec les acteurs, ce qui améliore d'une autre manière la robustesse de ces données.

interagissent, jouent leurs rôles ou se créent un espace de décision autonome pour réaliser leurs tâches vis-à-vis du « client »²⁰⁸ (qui n'est pas, dans notre cas, le patient, mais le parent du patient²⁰⁹) ?

L'argument du resserrement progressif de la focale de l'enquête ne doit pas occulter le risque d'induction hâtive dès le début du travail d'observation ethnographique. Ainsi comme le dit Olivier Schwartz « *l'inconscience avec laquelle il [un geste interprétatif trop rapide] est réifié, oublié, enfoui dans ses résultats, qui prennent alors l'apparence d'une description naturelle* »²¹⁰ est possible si, dès le début des observations, des situations ont été surinterprétées et qu'elles ont ensuite été naturalisées, au point de devenir des faits lus comme objectifs par le chercheur, et donc venant en appui de l'interprétation présente. Une des propositions pour résoudre cette difficulté réside dans la comparaison des données de terrain avec les situations de travail kinésithérapique rapportées dans d'autres travaux. Dès le début de la thèse, la lecture des travaux d'autres chercheurs, Christophe Gaubert²¹¹ et Jacques Monet²¹² en premier lieu, a permis un état de l'art de la position sociale de la kinésithérapie. C'est par la confirmation ou l'infirmité des propositions de ces travaux que l'observation a mené à l'élaboration des premières propositions.

Dans le travail interprétatif ultérieur, au moment de la rédaction du manuscrit, la qualité d'indigène peut ramener à un problème épistémologique insoluble : si des procédés permettent de contrôler la récolte des données, comment un kinésithérapeute peut analyser avec objectivité sa propre discipline ?

Pour répondre à cette interrogation, il n'est pas certain qu'il existe de règle méthodologique incontestable permettant d'assurer une valeur à cette analyse mais cela n'empêche pas de proposer des outils pour renforcer la proposition. J'ai donc rapproché de manière systématique mes éléments de théorisation d'éléments observés. Cela n'empêche pas le choix sélectif des observables, mais permet déjà de limiter la montée en généralité basée sur une opinion plutôt qu'une réalité scientifiquement fondée. J'ai ensuite tenté de rapprocher mes propositions de courants sociologiques, là encore il s'agit d'une procédure relativement classique, en lien avec la notion de sédimentation inhérente à la science. Théoriser ce rapprochement avec l'existant peut représenter un frein à l'expression de propositions scientifiques nouvelles, mais la discussion entre sous-disciplines (sociologie des professions, sociologie

²⁰⁸ « Client », terme marquant plus mon détachement de l'idéologie professionnelle ou « patient » terme plus indigène mais aussi rappelant le travail professionnel spécifique à la santé seront utilisés indifféremment.

²⁰⁹ La séparation du destinataire du geste et du client n'est pas sans rappeler le cas de la médecine vétérinaire : « *La défense du monopole d'exercice repose là aussi sur des textes réglementaires, qui financent l'intervention des vétérinaires ou autorisent la circulation des animaux, alors que la contestation s'incarne dans un geste, défini comme spécifique et d'expertise par les professionnels et comme trivial par leurs clients, celui d'injecter un vaccin* » L. BONNAUD et N. FORTANE, « L'État sanitaire de la profession vétérinaire. Action publique et régulation de l'activité professionnelle », art. cit.

²¹⁰ O. SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », art. cit, p. 359.

²¹¹ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit.

²¹² J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit.

de l'action publique, sociologie de l'éducation ou sociologie des sciences) permet toutefois de ne pas se limiter à une étude de cas.

Enfin, dans l'idée de croiser les regards, mes propositions de théorisation ont avancé « à petit pas », étayées par les participations à divers séminaires lyonnais (« analyser l'action publique » avec Julien Barrier, Cécile Robert et Rachel Vanneuville ou « santé et politiques » avec Christine Dourlens, Gwenola Le Naour et Jérôme Michalon notamment) et les discussions et relectures précieuses de François Buton et Fanny Vincent²¹³. Ces propositions ont été de plus en plus assumées et nuancées au fur et à mesure que des terrains et des outils de recherches variables apportèrent leurs lots d'éléments convergents ou divergents.

Les entretiens semi-dirigés

Cette thèse fait ainsi appel à de nombreux entretiens (212 personnes interrogées formellement, c'est-à-dire enregistrées avec retranscription, certaines à plusieurs reprises) auprès d'acteurs de terrain, de représentants dans différentes institutions ou des acteurs des tutelles. Ces enquêtés ont d'abord été choisis dans mon entourage, puis le réseau s'est élargi par recrutement de proche en proche, suivant une logique de contraste (un étudiant en stage pouvant me désigner un autre étudiant suite à ma demande d'un profil très différent du sien selon les thématiques approfondies en entretien, idem pour les kinésithérapeutes en exercice, en ciblant plutôt sur des parcours migratoires). Pourtant, seuls les premiers enquêtés ont finalement été recrutés ainsi (une vingtaine, notamment en 2018-2019), c'est ensuite l'enquête auprès des structures d'enseignement qui m'a ouvert d'autres portes. En allant sur les sites rencontrer les enseignants et directeurs et faire passer un questionnaire, j'ai pu récolter d'autres contacts d'étudiants ou d'anciens étudiants que j'ai sollicités pour entretien. Le choix, parmi ces mails (questionnaire) ou contacts proposés (entretiens) a été fait là encore suivant une logique de contraste dans les parcours dans un premier temps (par exemple un kinésithérapeute français ayant choisi de faire ses études non pas dans mes pays d'enquête mais au Maroc), puis, les premiers constats apparus, suivant les profils sociaux (catégories socio-professionnelles des parents variées) ou les choix de poursuite d'études académiques. Il y a eu peu de refus, mais quelques non réponses (parmi les contacts par mail laissés sur le questionnaire, de l'ordre d'un ou deux enquêtés n'ayant finalement pas donné suite).

Les sélections d'enquêtés à l'étage intermédiaire se sont faites suivant la logique de position (directions de syndicats, d'IFMK, positions scientifiques ou d'expertises). Quelquefois le contact a été facilité par un enquêté précédent, mais sans que cela ne tienne de la logique d'entretien de proche en proche, il

²¹³ Le modèle de la thèse de science, basée sur le chercheur individuel face à un objet de recherche, a limité la mise en commun des données et les échanges symétriques entre chercheurs. A ce titre, je suis seul comptable de l'interprétation donnée à « mes » données. Les échanges réguliers ont cependant permis d'écarter les analyses les moins robustes, prises à défaut lors de leur exposition à d'autres chercheurs.

s'agissait plutôt de chercher une recommandation pour un kinésithérapeute déjà ciblé. Il est notable que je n'ai eu que peu de refus de la part des français ou des belges à cet étage (un directeur d'IFMK à la retraite et un ancien président de syndicat, sans doute plus dus à une certaine distance propre aux retraités). En Espagne, l'accueil de la part des universités privées a été plus mitigé. Les responsables de deux cursus de kinésithérapie, a priori les plus investis par les Français et présentant les caractéristiques commerciales les plus prononcées (il s'agissait de deux entreprises à but lucratif) ont refusé de me recevoir. Trois autres universités privées, plus éloignées géographiquement et supportées par des fondations (associatives ou confessionnelles), m'ont ouvert leurs portes mais avec des précautions. Au sein de l'une d'entre elles, si j'ai pu m'entretenir avec un responsable de cursus et un enseignant, le questionnaire a été refusé. Dans deux d'entre elles, j'ai pu réaliser des entretiens avec des personnels et des étudiants, passer mon questionnaire, déambuler à mon aise et assister à quelques cours (avant ou après le questionnaire, avec les enseignants m'accueillant uniquement), mais n'ai pas pu récupérer de copies de cours ou d'examens. D'une certaine façon, il y avait une forme d'accord pour me laisser accéder à la forme des études, mais moins pour me laisser interroger le fond et les contenus de cours. Il est notable que l'Université espagnole publique enquêtée, n'accueillant pas de Français, m'a, à l'inverse, fourni sans problème ces supports.

C'est au niveau des tutelles que les refus ont été les plus nombreux : si 21 entretiens avec des cadres administratifs (CNAM, Ministères et leurs organes déconcentrés ou agencifiés) ou des médecins universitaires/experts ont été menés, plus d'une trentaine de refus ont été essayés. C'est auprès du ministère de la Santé (et du cabinet) que les refus ont été les plus handicapants : ainsi aucun responsable du bureau RH1 (ressource humaine en Santé) n'a jamais accepté de me rencontrer (malgré quelques échanges mails et des fournitures de données chiffrées de leur part) alors que ce bureau est en charge de la politique de quotas d'étudiants en France. Si, dans ce cas-là, les entretiens auprès d'acteurs d'autres bureaux chargés des ressources humaines (RH2, en charge de la formation continue), de représentants kinésithérapeutes et la lecture des évolutions juridiques ont permis de retracer les politiques menées, les jeux de pouvoirs lors des négociations elles-mêmes restent un point aveugle. La même logique de fermeture de terrain auprès des responsables politiques (députés des commissions santé) ou des cabinets m'a poussé à ne pas m'attarder sur le versant décision des politiques publiques et à concentrer mes efforts sur la logique sous-jacente de long terme et l'analyse des instruments utilisés. Si ces données auraient pu enrichir la thèse, il me semble toutefois que ces points aveugles n'empêchent pas la compréhension du processus de professionnalisation.

L'anonymisation de ces entretiens (aussi valable pour les notes d'observation) a été un problème récurrent du fait des positions variées des acteurs et des matériaux utilisés. Tous les enquêtés ont accepté

d'être enregistrés²¹⁴ et n'ont pas exigé d'anonymat. Cependant, Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman²¹⁵ rappellent que la position d'enquête est asymétrique entre enquêteur et enquêté et que ce dernier n'est pas toujours en mesure de bien cerner les enjeux de son consentement. Cela peut être problématique en cas de divulgation de propos qui peuvent se révéler gênants, intimes ou trop critiques. Il existe donc un enjeu à conserver une certaine confidentialité et les quelques extraits d'entretien les plus problématiques n'ont pas été rapportés, même s'ils ont pu enrichir la réflexion.

Concernant l'anonymat, s'il est assuré pour les acteurs de terrain, grâce à des pseudonymes, la question est plus délicate pour les acteurs intermédiaires et de tutelle. L'assurer complètement ferait perdre du sens à l'analyse : c'est le cas pour les enquêtés occupant des positions particulières, réputés maîtriser leur parole publique²¹⁶ (présidente de l'ordre des kinésithérapeutes, chef d'un bureau s'occupant spécifiquement des kinésithérapeutes à la CNAM ou au ministère). Mais c'est aussi le cas d'acteurs intermédiaires, comme des scientifiques ou des syndicalistes, qui ont pu produire des travaux publiés sous leur nom et dont l'analyse est couplée à la description de leur trajectoire. Dans ce cas, deux injonctions contradictoires s'exercent : la possibilité de vérifier les sources (aller se référer aux articles ou aux listings officiels publiés) et une position déontologique de respect de la vie privée de l'enquêté, les propos tenus en entretien pouvant se rapporter aux deux.

Lorsque les sources sont uniquement publiques, les noms sont alors précisés. Par contre, quand les données mélangent informations publiques, entretiens et parfois publications des mêmes acteurs, un choix différent a été fait. Une première protection s'inspire de la position de Bruno Latour lors de son travail sur le conseil d'Etat²¹⁷, qui n'a pas anonymisé ses enquêtés, en considérant qu'il « *ne trahissait pas de secrets en ne révélant rien qui soit déplaisant ou dévalorisant pour l'institution* ». Il s'agit finalement d'éviter de nuire consciemment aux enquêtés dans l'écrit. Pourtant, cela peut se révéler insuffisant, l'enquêteur ne pouvant toujours s'assurer de la portée des informations rapportées. Une deuxième protection a donc été apportée en les anonymisant au maximum : les fonctions ne sont pas toujours données avec le maximum de précision, et leurs publications, sur lesquelles s'appuient parfois l'analyse, ne sont pas référencées²¹⁸ quand elles sont mises en lien avec des données plus biographiques

²¹⁴ A noter que ce consentement a été oral, enregistré sur les bandes audios.

²¹⁵ Ces auteurs distinguent anonymat et confidentialité. L'anonymat consiste à éviter que le lecteur extérieur n'identifie l'enquêté, tandis que la confidentialité concerne le fait de ne pas divulguer de propos mettant à mal les enquêtés, y compris par rapport aux autres participants à l'enquête aptes à les reconnaître (cas de personnes travaillant ensemble et se sachant enquêtés). Aude BELIARD et Jean-Sébastien EIDELIMAN, « 6 : Au-delà de la déontologie.: Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, 2008, p. 123-141.

²¹⁶ Michel PINÇON et Monique PINÇON-CHARLOT, « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Genèses*, 3-1, 1991, p. 120-133 ; Hélène CHAMBOREDON, Fabienne PAVIS, Muriel SURDEZ et Laurent WILLEMEZ, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16-1, 1994, p. 114-132.

²¹⁷ Bruno LATOUR, *La Fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*, Paris, la Découverte, 2002, p. 8. Cité par A. BELIARD et J.-S. EIDELIMAN, « 6 », art. cit.

²¹⁸ Un tableau de correspondance possédé par l'enquêteur permet de retrouver au besoin les publications réelles. A noter que les extraits cités sont, eux, conformes aux textes écrits.

tirées d'entretiens²¹⁹. Si une recherche minutieuse n'exclut pas que certains enquêtés puissent être dévoilés, ils ne peuvent, a minima, pas être « googlisés »²²⁰ en première intention.

Les choix de pseudonymes se sont faits en suivant deux impératifs : identifier les acteurs dans le récit (ils peuvent apparaître à plusieurs reprises) tout en les « connotant », c'est-à-dire les rattachant à un groupe²²¹. Plus qu'une utilisation automatique de prénoms, il a été choisi d'utiliser le procédé pour documenter ma position vis-à-vis de l'enquêté. Quand le tutoiement a été adopté, un prénom a été choisi (considéré comme proche de celui de l'enquêté en termes de connotation sociale, genrée, ethnique, nationale et générationnelle), y compris associé à une fonction : « Michael, directeur d'IFMK ». Quand la relation d'entretien a été moins familière, marquée par le vouvoiement, le pseudonyme garde cette marque : « M. B », « l'étudiant C » ou « une cheffe de bureau ». Lors de l'enquête, j'ai, autant que possible, veillé à laisser ce choix de personnes grammaticales aux enquêtés²²². A noter que les lieux géographiques sont anonymisés même si les pays et des indications utiles pour comprendre le contexte (région du « Sud », proche de l'Espagne par exemple) sont conservées.

Les questionnaires

La troisième méthode d'enquête mobilisée a été la passation de questionnaires. Cet outil s'est imposé devant le manque de données quantitatives sur les caractéristiques sociales des kinésithérapeutes. Ceux-ci sont souvent agrégés avec les « métiers de la rééducation » dans les publications de la DREES²²³ (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé) ; quant aux étudiants, seuls ceux des établissements de France sont recensés dans les bases de données « brutes » des enquêtes « écoles » du même organisme. La composante européenne de la formation, majeure dans le renouvellement du groupe professionnel, échappe ainsi à la statistique publique. Or, les premiers entretiens menés ont conduit à s'interroger sur les différences de profils sociaux entre impétrants selon leurs pays d'études. C'est pourquoi un questionnaire a été élaboré autour de trois enjeux : caractériser socialement ces étudiants, interroger leur rapport à la migration et saisir leur vision des études et du métier. Les modalités d'administration ont été choisies en vue d'optimiser le nombre de répondants et d'en profiter pour investir les terrains : un questionnaire papier, administré directement

²¹⁹ Je suis redevable à Romaine Didierjean et Stéphane Héas pour les débats autour des procédures d'anonymisation, qui m'ont conduit à faire ce choix.

²²⁰ Nicolas JOUNIN, *Voyage de classes: des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*, Paris, La Découverte, 2016, p. 132-133.

²²¹ Baptiste COULMONT, « Le petit peuple des sociologues: Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, n° 107-2, 2017, p. 153-175.

²²² Matériellement cela a consisté à adopter des phrases introductives et de politesse courtes, jusqu'à que l'enquêté se positionne, ce qui arrive finalement très vite : « bonjour », « merci pour l'entretien », « comment va-t'on procéder ? », « de combien de temps dispose-t-on ? »

²²³ Ces métiers comprennent l'orthophonie, l'ergothérapie, la podologie ou la psychomotricité. Julie ROCHUT, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *DRESS Etudes et résultats*, 895, 2014, p. 6 ; Yannick CROGUENNEC, « Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle », *DRESS Etudes et résultats*, 1159, 2020, p. 7.

par l'enquêteur. Le questionnaire a permis d'étendre à d'autres pays formateurs que la France. La Belgique et l'Espagne, principaux fournisseurs de diplômés étrangers, étaient incontournables. L'Allemagne, la Roumanie ou le Portugal fournissent beaucoup moins de diplômés. L'Allemagne aurait pu fournir un cas intéressant mais présente beaucoup de similitudes avec l'Espagne de par la présence de nombreux étudiants français des régions frontalières. La Roumanie offrait un terrain difficile d'accès, géographiquement et linguistiquement, donc coûteux. Pour étudier un cas où la migration n'est pas frontalière, mais l'enquête abordable, c'est le cas portugais qui a été retenu. Les questionnaires ont été traduits en espagnol et en portugais par mes soins, avec relecture de la part de kinésithérapeutes connus, originaires de ces pays, qui ont bien voulu effectuer ce travail gracieusement²²⁴. Les limites du questionnaire sont bien connues, notamment sa propension à aborder les thématiques propres à l'enquêteur, plutôt que celles des enquêtés (effet d'imposition)²²⁵, ou encore sa difficulté à saisir les interprétations ou opinions, pour lesquelles les entretiens ou observations sont plus adéquats²²⁶. Néanmoins, cet outil permet de dégager, au-delà de la multiplicité des comportements individuels, des régularités, notamment dans les profils sociaux. A ce titre, il justifie la prétention à la montée en généralité des constats empiriques sur le poids relatif des capitaux scolaires ou économiques différents selon les trajectoires d'études. Ce questionnaire rempli par les étudiants a été complété par un autre, plus court, adressé à des représentants des étudiants (bureau national de la FNEK 2021-2022) ou des diplômés (conseillers nationaux du CNOMK à l'été 2021). Ce second questionnaire visait à renseigner quelques indicateurs relatifs aux origines sociales et de formation des représentants afin de mesurer la proximité ou l'écart de leurs profils avec ceux de leurs représentés. Enfin, une autre mise en perspective a été menée grâce à un travail de dépouillement d'archives. Mené dans un IFMK français, grâce à la participation d'un enseignant et de deux étudiants suivis dans le cadre de leur initiation à la recherche²²⁷, ce travail avait pour but de mesurer l'évolution genrée et sociale des étudiants kinésithérapeutes sur 52 ans (depuis la création de l'école en question). L'approche longitudinale des données permettait d'enrichir l'analyse des données contemporaines fournies par le questionnaire.

L'ambition de cette thèse est donc de proposer une analyse multi-située du processus de professionnalisation de la kinésithérapie en mobilisant des matériaux empiriques variés (des analyses d'ordonnances, des sujets de recherche des paramédicaux qualifiés aux fonctions de maître de conférences, la littérature professionnelle ou encore la littérature grise et singulièrement les évolutions

²²⁴ Je tiens à les remercier pour ce travail et à noter, à nouveau, la bienveillance avec laquelle cette recherche a été perçue par les acteurs du groupe professionnel.

²²⁵ Le questionnaire a toutefois été testé l'année précédente son administration réelle auprès d'une « promotion » d'étudiants kinésithérapeutes de France, avec des demandes de précisions manuscrites sur les incompréhensions et interprétations.

²²⁶ François de SINGLY, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, Paris, Armand Colin, 2012.

²²⁷ A ce titre je leur exprime toute ma gratitude pour le travail effectué de récolte des professions des parents, renseignées sur les fiches d'inscriptions des étudiants. J'ai ensuite pu coder ces professions selon la nomenclature des Catégories Socio-Professionnelles de 2003, de la même manière que pour les questionnaires aux étudiants et aux représentants.

législatives ont été mobilisés en sus du travail de terrain « physique »). L'ampleur de ce travail de recherche empirique n'a pas été pensée au préalable, elle s'est imposée de manière inductive, au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, par la volonté de vérifier et approfondir les hypothèses sur les facteurs de mobilité sociale collective de la kinésithérapie.

4) Plan de thèse

Cette thèse se structure en trois parties, composées chacune de deux chapitres. Ces grandes parties reprennent les trois préoccupations majeures qui ont animé ce travail. La question de ce qui fait la profession a été travaillée dans la partie 1, la question du comment se fait le changement institutionnel a été évoquée en partie 2 et enfin des propositions de facteurs explicatifs au processus incertain de professionnalisation sont avancées en partie 3.

Pour s'intéresser à ce qui fait profession, la partie 1 propose deux approches. Dans le chapitre 1 c'est une approche en termes d'écologie, au sens d'Andrew Abbott²²⁸, qui est retenue. Il s'agit de dresser un portrait de la kinésithérapie française par une description du système dans lequel elle s'inscrit. D'une part les kinésithérapeutes sont dépendants, dans l'espace de la santé²²⁹ français des autres métiers s'occupant de la même « clientèle ». La place de la profession médicale, sera ainsi mise en avant pour son rôle fondamental dans la genèse et les marges de manœuvres accordées ou non à la kinésithérapie. D'autre part, le cadre européen est étudié. Dans un contexte où la libre-circulation des travailleurs et la reconnaissance des titres professionnels sont légalement exigés et où ces flux représentent presque la moitié des nouveaux impétrants sur le marché du travail français, cet enjeu est décrypté à l'aune des caractéristiques professionnelles perceptibles. Ce chapitre fait donc la part belle à une perspective institutionnelle, même si des trajectoires d'acteurs sont sollicitées pour éviter de sombrer dans une perspective normative et surplombante. Il a pour but de rappeler le cadre dans lequel s'inscrit ce groupe professionnel et ainsi de dresser le contexte d'expression du processus de professionnalisation.

Le second chapitre s'intéresse au contenu du travail des kinésithérapeutes. Pour ce faire, la grille de lecture du travail professionnel prudentiel de Florent Champy est abondamment mobilisée²³⁰. En dépit du statut institutionnel d'auxiliaire, ce chapitre montre des variations dans les contextes de travail qui permettent ou non aux acteurs d'investir des activités plus valorisées. Loin de se résumer à l'exécution de thérapeutiques ordonnées par les médecins, le travail des kinésithérapeutes montre des aspects diagnostiques et pronostiques, nécessitant des arbitrages complexes et une certaine autonomie de choix.

²²⁸ A. D. ABBOTT, *The system of professions, op. cit.*

²²⁹ A ce stade, espace de la Santé au sens large, tel que l'entend Didier Fassin, et ne s'arrêtant pas aux frontières des soins définis et codifiés par les médecins. D. FASSIN, *L'espace politique de la santé, op. cit.*

²³⁰ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions, op. cit.*

Pourtant, ce chapitre montre aussi que lorsque les médecins ou le contexte de travail rationalisé s'y opposent, ces caractéristiques tendent à disparaître. Il montre que, dans tous les cas, ces caractéristiques prudentielles professionnelles du travail peuvent être hiérarchisées au regard des actes médicaux : moindre urgence, moindre invasivité²³¹ ou moindre affichage de complexité. Si cette hiérarchisation dépend avant tout d'un jugement moral sur le soin le plus légitime, elle a aussi des effets proprement normatifs sur la place des kinésithérapeutes dans la division du travail professionnel²³².

Le troisième chapitre s'intéresse aux conséquences concrètes des chapitre 1 et 2 : comment expliquer un travail présentant des nuances de professionnalisme et une position institutionnelle d'auxiliaire ? Ce « comment » est exploré par la façon dont, d'une part, les représentants des kinésithérapeutes tentent de saisir le travail que font leurs représentés, de le défendre, voire de l'orienter vers un travail plus valorisé. Il est analysé, d'autre part, grâce aux échanges entre représentants et acteurs administratifs de tutelle. Un sous-chapitre s'intéresse ainsi aux rapports entre échelon des acteurs et échelon des intermédiaires, tandis que le second s'intéresse aux rapports entre acteurs intermédiaires et acteurs administratifs réglementant le secteur. Il est rappelé que les représentants d'un groupe professionnel « administrent » moins leurs représentés qu'ils ne tentent de saisir les préoccupations leurs semblant les plus légitimes et susceptibles d'améliorer la position sociale du groupe professionnel. C'est armé de ces visions de la kinésithérapie qu'ils tentent d'obtenir des mesures en leur faveur de la part des tutelles. Le cas empirique mobilisé, la régulation démographique, est à la fois emblématique des inquiétudes des professions²³³ et objet de nouveaux instruments de régulation. La construction de ces instruments, leur légitimation, la négociation autour de ceux-ci puis l'adoption de mesures en fonction des indicateurs ainsi produits et les premières réactions perceptibles permettent de montrer l'état des rapports entre les kinésithérapeutes et les régulateurs de l'offre de soin. Le marché du travail clôturé reste un point important pour les kinésithérapeutes et la CNAM, mais cette dernière profite de sa meilleure maîtrise des instruments comptables modernes, nouvel « œil »²³⁴ des administrations centralisées, pour imposer sa règle.

Les négociations analysées au chapitre 3 ne sont pas les seuls moyens d'action des professions. L'affichage d'une recherche scientifique est un second versant de ce « comment » obtenir une meilleure

²³¹ L'invasivité est décrite par Michel Foucault comme fondamentale dans le changement de dimension de la profession médicale. En ce sens, cet auteur était lui aussi un des précurseurs de l'analyse du contenu pour définir la profession. Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, 1. éd., Paris, Pr. Univ. de France, 1988.

²³² Dans leur synthèse portant sur la sociologie du travail, Thierry Pillon et François Vatin rappellent la dimension morale du travail au-delà des gestes techniques et dimensions économiques. En citant Everett Hughes, ils rappellent que « *le professionnel n'est pas simplement celui qui sait, il est aussi celui qui doit porter le risque de l'erreur* ». Cette analyse explique les hiérarchisations possibles dans la division du travail en santé, au-delà des nuances de professionnalisme, par des risques (et temporalités de constats) d'erreurs plus ou moins importants. T. PILLON et F. VATIN, *Traité de sociologie du travail*, op. cit, p. 247.

²³³ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.

²³⁴ J. C. SCOTT, *Seeing like a state*, op. cit.

position professionnelle²³⁵. Le chapitre 4 est ainsi consacré à décrire la mobilisation de kinésithérapeutes pour produire des « preuves » scientifiques soutenant l'activité professionnelle. Si cet objectif général est poursuivi par tous les acteurs de la recherche rencontrés, les modalités pratiques et les transformations induites par cette « scientification » de la kinésithérapie et de sa formation font l'objet de bien plus de tensions. Il sera ainsi montré comment le rapprochement avec l'Université est un enjeu de lutte entre acteurs intermédiaires de la kinésithérapie. Si cette structure paraît la plus légitime pour accompagner le tournant scientifique du métier, les filières jugées les plus proches, médecine et STAPS, peuvent aussi être considérées comme des concurrentes pour certains acteurs historiques. Ceux-ci sont pourtant progressivement éclipsés par des réformateurs, légitimés par leurs parcours universitaires, les diplômes de docteur, voire, plus rarement, des postes universitaires. Ces derniers imposent alors leur logique et leur récit de la science fortement influencés par l'exemple médical. Là encore l'analyse ne se restreint pas aux acteurs intermédiaires mais tente de saisir les négociations avec les tutelles et l'impact sur les acteurs de terrain. Pour ce faire l'instrument de l'expertise pour produire des recommandations est sollicité via le cas de la non recommandation de la bronchiolite du nourrisson par la Haute Autorité en Santé. Les représentants scientifiques de la kinésithérapie se sont ainsi vus largement dominés par les « mandarins »²³⁶ médecins, notamment pédiatres : bien que les kinésithérapeutes aient été admis à la table des « négociations » HAS, leurs preuves scientifiques sont trop peu crédibles pour les médecins qui profitent de l'occasion pour réaffirmer leur domination sur ce groupe d'auxiliaires. Sans que les tutelles administratives (notamment la CNAM) n'interdisent ces actes, on assiste alors à une baisse sensible de la prescription de kinésithérapie respiratoire auprès des kinésithérapeutes de ville.

La régulation démographique ou la tentative de proposer des recherches en vue de recommandations de bonnes pratiques sont deux instruments importants de régulation dont se saisissent les intermédiaires de la kinésithérapie. Si, dans ces deux cas, les résultats ne sont sans doute pas complètement à la hauteur de leurs espérances, ils éclairent une forme de « comment » obtenir un statut professionnel et montrent des formes d'avancées : des kinésithérapeutes ont « négocié » à l'HAS en compagnie de médecins et la protection du marché du travail est régulièrement réassurée. Cela laisse pourtant dans l'ombre le « pourquoi » de ces changements. Tous les métiers ne tendent pas à se rapprocher des attributs des « professions » : pourquoi les kinésithérapeutes, singulièrement, sont touchés par ce phénomène de professionnalisation ? C'est ici que l'interrogation initiale sur les flux migratoires fournit une clé de compréhension. Le chapitre 7 montre ainsi que ces flux sont à relier à des changements profonds dans

²³⁵ C'est d'ailleurs une constante d'Andrew Abbott à Florent Champy, en passant par Eliot Freidson : les professions sont fortement légitimées par leur capacité à soutenir leurs prétentions par la science. A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit ; E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit ; F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

²³⁶ Les « mandarins » sont les chefs de service, médecins hospitalo-universitaire, dominants dans l'écologie médicale. F. PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », art. cit.

les origines sociales des impétrants de France. Alors que jusqu'aux années 2000 une grande partie d'entre eux sont des fils de commerçants, d'artisans, de chefs d'entreprise ou d'agriculteurs, c'est-à-dire des enfants dotés de capitaux économiques, les changements dans la sélection française entraînent l'exclusion de ces profils au profit de fils de cadres supérieurs et professions intellectuelles, dotés de capitaux culturels et scolaires. Le cadre européen ouvre alors des voies de contournement de la formation française (les enfants dotés essentiellement de capitaux économiques se retrouvent dans les formations européennes moins sélectives scolairement) mais la formation française, elle, rassemble de plus en plus de profils possédant des capitaux culturels en adéquation avec la logique professionnelle. Les données quantitatives mobilisées dans ce chapitre mettent en lumière les dispositions sociales favorisant les mobilisations des chapitre 5 et 6.

Le chapitre 7, et ses données quantitatives, pointerait pourtant uniquement des corrélations sans l'analyse qualitative menée au chapitre 8. Dans ce dernier chapitre, les dispositions sociales des étudiants français à l'étranger sont mises en lien avec leurs contextes de formation académique. Par la mise en lumière des différences par rapport à la formation française, il est montré que les nuances de professionnalisme doivent beaucoup aux dispositions préalables et aux contextes sociaux d'apprentissage du métier. Le retour en France de ces étudiants à l'étranger, via des stages, permet alors d'appuyer sur les tensions présentes au sein de la kinésithérapie française : ces impétrants sont acceptés assez facilement dans le groupe professionnel hexagonal, tout en s'y inscrivant à une place dominée, contribuant à alimenter des hiérarchisations internes au métier. A l'autre bout du spectre professionnel, des impétrants français, parmi les mieux dotés en capitaux culturels et scolaires, s'organisent en association de défense des étudiants kinésithérapeutes (de France). Par un double mouvement ils invisibilisent leurs homologues formés à l'étranger et promeuvent auprès des tutelles une kinésithérapie en adéquation avec leur vue : celle d'Hector, une pratique pensée comme une médecine du mouvement.

Partie 1 : le travail des kinésithérapeutes, une pratique prudentielle contrainte par la domination médicale

Table des matières de la partie 1

INTRODUCTION A LA PARTIE 1	67
CHAPITRE 1 : UNE DOMINATION MEDICALE SOURCE DE PROTECTION POUR LES KINESITHERAPEUTES	
FRANÇAIS	71
INTRODUCTION AU CHAPITRE 1.....	71
SECTION 1 : LES KINESITHERAPEUTES ENTRE POSITION DOMINEE DANS LE CHAMP MEDICAL ET NEGOCIATION D'ESPACES AUTONOMES	72
<i>a) Une activité non monopolistique, aux hiérarchies complexes et dépendantes du modèle médical.....</i>	<i>72</i>
La kinésithérapie, construction d'un métier dominé	73
Une activité non monopolistique : la proximité aux médecins comme recours dans la lutte contre les concurrents	82
Entre « papa médecin et maman sécu » : le cadre conventionnel libéral	97
<i>b) Possibilités de déplacements limitées dans l'espace social</i>	<i>106</i>
La spécialisation en pédiatrie, choisir ses médecins pour une plus grande autonomie	107
Se déplacer vers d'autres espaces : la kinésithérapie du sport.....	121
Changer de pays : rejoindre une écologie plus favorable à la kinésithérapie.	132
SECTION 2 : LES KINESITHERAPEUTES FRANÇAIS DANS L'ESPACE EUROPEEN, UNE POSITION PLUTOT ATTRACTIVE	141
<i>a) Hiérarchies européennes : formation, contrôle du nombre, place dans le système de santé</i>	<i>143</i>
L'universitarisation des structures de formation selon les pays	144
Contrôle du nombre et protection du titre.....	149
Contextes de travail	154
<i>b) Des situations écologiques diverses et des frontières ouvertes : les migrations des kinésithérapeutes</i>	<i>161</i>
Des migrations de proximité, quantitativement importantes	161
Des migrations à relier aux protections variables de la kinésithérapie.....	171
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	180
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL DU KINESITHERAPEUTE, UNE PRATIQUE PRUDENTIELLE DEVALUEE	183
INTRODUCTION AU CHAPITRE 2.....	183
SECTION 1 : LE TRAVAIL HOSPITALIER OU LA DEPENDANCE AU CONTEXTE MEDICAL	185
<i>a) Le travail du kinésithérapeute pédiatrique est contraint par la logique du champ médical</i>	<i>185</i>
Présentation des cas empiriques	186
Le CHU A, une kinésithérapeute qui se positionne comme spécialiste des troubles moteurs	189

Le CHU B, une kinésithérapeute peu présente, exécutante distanciée des prescriptions médicales	195
<i>b) Faire avec le contexte pour adopter un contenu du travail plus professionnel</i>	198
<i>c) La bureaucratisation du travail du kinésithérapeute</i>	206
SECTION 2 : LE TRAVAIL EN CABINET LIBERAL, UN TRAVAIL PRUDENTIEL DEVALORISE	213
<i>a) Une activité en augmentation, entre réarrangements interprofessionnels et investissement dans le diagnostic</i>	214
Présentation du cabinet	214
Augmentation de l'activité et glissement de mission dans le travail	218
<i>b) Le bilan kinésithérapique, un diagnostic peu visible</i>	225
Présentation de la séance analysée	225
Le temps long du diagnostic du kinésithérapeute	232
La communication, révélateur des asymétries de position	236
<i>c) Le travail de traitement : une prudence trop profane</i>	243
Présentation du cas empirique	243
Un temps cadré	251
Le discours du kinésithérapeute	253
Au-delà de l'aspect profane, intentionnalités prêtées aux professionnels et dispositions sociales des acteurs	258
CONCLUSION DU CHAPITRE 2	263
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	267

Introduction à la partie 1

Etudier les kinésithérapeutes nécessite en premier lieu de comprendre leur place dans la société. Celle-ci est questionnée dès le choix lexical adopté. Le choix, fait ici, de parler de « kinésithérapeutes » est issu d'un compromis. En réalité, la dénomination légale française parle de « masseurs-kinésithérapeutes » depuis le 30 Avril 1946. Cette date de naissance relativement précise est liée à l'agrégation légale des corps des « masseurs aveugles », « infirmiers masseurs » et « gymnastes médicaux » à l'issue de la seconde guerre mondiale. Il est possible de retrouver des traces de ces métiers initiaux dès la fin du XIX^{ème} siècle, quand des médecins tentent de codifier des thérapeutiques nouvelles en s'appuyant sur des agents physiques : massages, exercices physiques, bains, chaud et froid ou encore électricité²³⁷. L'intérêt de la médecine sera cependant limité pour ces thérapeutiques, et c'est de ce semi-désintérêt que naît la kinésithérapie. En France, elle se construit d'abord autour du massage, qu'il soit prodigué par des aveugles auxquels on apprend un métier, pensé comme adapté à leur handicap sensoriel, ou par des infirmiers spécialisés, c'est-à-dire des assistants du médecin (c'est une thérapeutique). Tous sont plutôt masculins, eu égard à la sexualisation possible de ce type de contact corporel : « *les pratiques sont confiées à des « infirmiers » ou « doucheurs » qui sont des hommes, le massage ayant une connotation péjorative, synonyme de prostitution* »²³⁸. Le second pôle initial est celui de la gymnastique, proposée par des « gymnastes médicaux », souvent des professeurs d'éducation physique, formés dans des instituts encore très liés à la médecine dans la première moitié du XX^{ème} siècle²³⁹. L'agrégation de « ces gymnastes médicaux » aux « masseurs-kinésithérapeutes » avalise la segmentation entre, d'une part, les professeurs d'éducation physique qui restent dans le champ de la médecine, deviennent des « masseurs-kinésithérapeutes » et proposent une activité physique hygiénique et médicale et, d'autre part, ceux qui proposent une éducation physique à visée éducative ou de performance et qui s'autonomisent²⁴⁰.

Cette segmentation entre sport et santé est moins nette en Belgique où la part de gymnastique médicale est prépondérante dans la construction du métier et où la notion de massage est moins mise en avant, le métier étant dénommé « kinésithérapie » (sans la notion de massage). L'« Université Belge », UB, l'un des terrains d'enquête, héberge ainsi une faculté des sciences de la motricité proposant des cursus d'éducation physique et de « kinésithérapie ».

²³⁷ Pour le cas français, lire J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit.

²³⁸ *Ibid.*, p. 119.

²³⁹ Jean SAINT-MARTIN, « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste en France à la fin des années 1920 », *Staps*, 71-1, 2006, p. 7 ; Taïeb EL BOUJOUFI et Jacques DEFRANCE, « De l'éducation physique à l'université: Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science et motricité*, 54-1, 2005, p. 91.

²⁴⁰ Jacques DEFRANCE et Taïeb EL BOUJOUFI, « Qui a peur du pouvoir médical ? : À propos du mythe de la médicalisation de l'éducation physique, et de la mission d'Éducation pour la santé », *Movement & Sport Sciences – Science & Motricité*, 80, 2013, p. 5-13.

En Belgique comme en France, les autres agents techniques utilisés (ultrasons, électrothérapie) seront adoptés au fur et à mesure de leur développement, comme autant d'adjuvants sans danger délaissés par les médecins mais possiblement thérapeutiques. A l'inverse, les « physiothérapeutes » anglo-saxons²⁴¹ se sont bien plus construits autour de ces nouvelles technologies²⁴², comme l'électrothérapie et les autres agents (magnétiques, infra rouges, ultrasons). Le développement de l'activité s'est alors appuyé sur des matériels et des outils techniques présentant une apparence scientifique et qui étaient peu accessibles aux profanes²⁴³. Les évolutions des métiers ont donc été différentes, signant par là des conditions écologiques différentes²⁴⁴.

Le premier chapitre sera consacré à l'étude de l'écologie des kinésithérapeutes. Elle sera premièrement pensée du point de vue français, c'est à dire en relation avec toute une palette de métiers de santé hiérarchisés et en partie stratifiés par l'histoire. Dans un second temps, cette écologie professionnelle sera réinscrite dans un cadre européen. Les contingences nationales entraînent des variations dans les statuts, protections du titre, conditions d'études et d'exercice, qui participent aux échanges et aux migrations. Les situations disparates des kinésithérapeutes belges, espagnols ou portugais serviront de support à l'analyse.

Malgré des disparités nationales, ces acteurs se reconnaissent autour d'une activité soignante particulière : le soin de la motricité. Institutionnellement, l'association internationale des « physiothérapeutes », World Physio, admet les « kinésithérapeutes » belges aussi bien que les « masseurs-kinésithérapeutes » français dans ses rangs. Quant à l'ordre de « masseurs-kinésithérapeutes » français, il agréé régulièrement aux équivalences de titre demandées par des « physiothérapeutes » étrangers. Malgré des écologies nationales diverses, une communauté existe autour du travail. Son analyse est donc indispensable à leur désignation et leur compréhension en tant que groupe.

Plusieurs façons de caractériser un travail sont possibles. Une illustration peut en être donnée dans les tentatives de classifications statistiques par groupes d'activités : si l'on se réfère aux Catégories Socio-Professionnelles françaises (CSP), dans leur version de 2003, les kinésithérapeutes sont comptabilisés comme « profession intermédiaire » à l'instar des infirmières et à la différence des médecins (cadres

²⁴¹ Ici entendre un ensemble occidental de langue majoritaire anglaise, partageant un titre de « physiothérapeute » et un développement professionnel proche, c'est à dire la Grande Bretagne, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les USA

²⁴² Notamment l'émergence des soins par la stimulation électrique aux USA. G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation, op. cit.*, p. 17-26.

²⁴³ Une forme d'alliance s'est instaurée entre médecins utilisant ces techniques, auxiliaires médicaux accrédités et fabricants : les machines d'électrothérapie étaient d'autant plus jugées médicalement efficaces que leur maniement était réservé aux groupes professionnels organisés. *Ibid.*, p. 64-70.

²⁴⁴ La notion d'écologie professionnelle est mobilisée dans le sens d'Abbott, c'est-à-dire comme un système mettant en lien des groupes professionnels dont les missions et les mandats travaillent en fonction des évolutions différenciées et interdépendantes. (La notion de système d'Abbott ayant des similitudes avec le champ de Bourdieu mais moins centré sur une activité et ses tensions internes et plus sur les relations entre différents groupes plutôt distincts) A. D. ABBOTT, *The system of professions, op. cit.*

supérieurs et professions intellectuelles). Inversement, si l'on se réfère à la Classification Internationale du Type de Professions (CITP), les kinésithérapeutes sont classés dans les professions intellectuelles et scientifiques, comme les médecins et à la différence des infirmières (professions intermédiaires). Cette variété de classement peut être comprise comme une évolution temporelle de la position sociale des kinésithérapeutes²⁴⁵. Elle peut aussi être interprétée comme une disjonction entre la place sociale intermédiaire (objet de la CSP²⁴⁶) et le contenu du travail intellectuel et scientifique (la CITP cherchant à établir une classification basée sur des tâches de travail²⁴⁷). Le chapitre 2 tentera ainsi d'articuler l'analyse de la place de la kinésithérapie dans la division du travail et le contenu du travail lui-même. Les apports théoriques du concept de professions à pratiques prudentielles²⁴⁸ seront alors mobilisés pour comprendre ce qui se rapproche de l'idéal-type professionnel dans le travail des kinésithérapeutes, tout en le réinscrivant dans un espace du soin hiérarchisé et normatif quant à leurs possibilités.

Cette première partie a donc pour ambition de proposer une monographie comparative²⁴⁹ de la kinésithérapie par rapport aux modèles professionnels, que ce soit via la socio-histoire du métier, sa réinscription dans un espace européen libre-échangiste, la division du travail et le contenu, possiblement prudentiel, de celui-ci.

²⁴⁵ Les CSP françaises ne sont plus remises à jour et la classification date donc du tournant des années 2000. Ce délaissement de la CSP française doit beaucoup à des phénomènes intrinsèques à la recherche sociale, où le modèle économétrique prend de l'importance, tout comme l'intégration aux modèles internationaux. Emmanuel PIERRU et Alexis SPIRE, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 58-3, 2008, p. 457.

²⁴⁶ Si la CSP est intimement liée au modèle de société de classe, qui peut être vu comme en déclin, ou en tout cas plus nuancé aujourd'hui, il n'en reste pas moins qu'elle a une visée descriptive du positionnement social qui reste heuristique. La position sociale, ici du kinésithérapeute, ne peut se réduire à un revenu ou un niveau de diplôme. Thomas AMOSSE, « Catégories socioprofessionnelles : quand la réalité résiste ! Après le crépuscule, une aube nouvelle ? », *Revue Française de Socio-Économie*, 10-2, 2012, p. 225.

²⁴⁷ Cécile BROUSSE, « L'édition 2008 de la classification internationale type des professions », *Epsilon*, 125, 2008, p. 5.

²⁴⁸ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, *op. cit.*

²⁴⁹ Un peu à la manière dont Bruno Palier fait une monographie du système de protection sociale français tout en le comparant aux autres modèles identifiés d'Etat-providence. Bruno PALIER, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.

Chapitre 1 : Une domination médicale source de protection pour les kinésithérapeutes français

Introduction au chapitre 1

Lorsqu'on pense aux métiers de la santé, le binôme qui vient immédiatement à l'esprit est celui de médecin-infirmière. Largement étudiés²⁵⁰, ces deux groupes peuvent être pensés de façon duelle, selon un rapport d'ordonnateur à exécutant, de travail intellectuel ou manuel, d'homme ou de femme. Si cette approche reste structurante, elle n'épuise pas les segmentations internes à ces groupes. Les médecins forment ainsi un ensemble hétéroclite, expliquant pour partie l'expansion du champ, par l'appétence de certains d'entre eux pour des territoires nouveaux où la préoccupation de soin peut trouver à s'exprimer²⁵¹. Quant au groupe infirmier, il est numériquement le plus conséquent parmi les métiers de la santé (744 000 infirmières au 1^{er} janvier 2020 selon la DREES) et a lui aussi ses propres segmentations internes²⁵². Ce modèle ne saurait, en tous les cas, résumer la position sociale occupée par les autres personnels de santé paramédicaux. « Par rapport à la structure de l'emploi de la psychiatrie classique, par exemple, fondée sur le couple fortement hiérarchisé médecin-infirmier, se développe ce que l'on pourrait appeler une catégorie de cadres moyens »²⁵³. Comme le note déjà dans les années 1980 Robert Castel, les paramédicaux sont variés, avec plus d'une vingtaine de professions de santé reconnues au titre du code de la santé publique, avec chacune des caractéristiques propres.

C'est fort de ce constat que la description de l'écologie professionnelle des kinésithérapeutes prend son sens : quelle place pour les kinésithérapeutes dans cet espace ? Deux tutelles co-existent : d'un côté l'Etat, qui certifie les titres permettant l'exercice, de l'autre la profession médicale qui autorise l'exercice par délégation²⁵⁴. Une approche plutôt institutionnaliste sera mobilisée ici, afin de documenter le cadre normatif dans lequel s'inscrivent les acteurs.

²⁵⁰ G. PICOT, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », art. cit ; Monique BENOIT, Roger PILON, Anne-Marise LAVOIE et Pierre PARISEAU-LEGAULT, « Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario », *Santé Publique*, 29, 2017, p. 693-706 ; Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort : une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.

²⁵¹ Rue Bucher et Anselm Strauss ont depuis longtemps montré la segmentation des professions et le rôle de celle-ci dans leur adaptation permanente, cette diversité entretenant en quelque sorte la stabilité. R. BUCHER et A. STRAUSS, « Professions in Process », art. cit.

²⁵² Kevin TOFFEL, Felix BÜHLMANN et Amal TAWFIK, « L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande », *Revue française de sociologie*, 59-2, 2018, p. 219.

²⁵³ Robert CASTEL, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, 1981, p. 141.

²⁵⁴ Cette « autorisation » médicale doit aussi beaucoup à l'accommodement avec le préexistant. Les sage-femmes, par exemple, étaient une corporation préexistante à la médicalisation de la naissance. Leur reconnaissance doit donc beaucoup à l'existence préalable des matrones. Dans le cas des kinésithérapeutes, des pratiques par de rebouteux, des activités thermales ancestrales ou de la gymnastique suédoise pratiquée par des non médecins ont

Le premier cadre d'analyse sera donc national et mettra en avant la relation institutionnelle aux médecins comme structurante de l'espace où évoluent les kinésithérapeutes. Pour autant, en tant que groupe constitué, les kinésithérapeutes ne s'arrêtent pas à leur rôle de délégués des médecins mais tentent d'obtenir des espaces d'autonomie. Pour se faire, ils peuvent jouer avec les segmentations internes à la médecine, comme cela sera montré par l'étude du rapport entre pédiatres et kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie. Ils peuvent aussi se diriger vers des secteurs d'activité où le poids de la médecine se fait moins présent, comme pour l'exercice en milieu sportif. Enfin, ils peuvent parfois migrer vers des pays où le statut des kinésithérapeutes est jugé plus favorable, que cela soit du point de vue de l'autonomie, de la protection du marché du travail, de la sélectivité des impétrants et la valorisation en découlant ou encore des compétences plus ou moins élargies reconnues (possibilités de prescriptions médicamenteuses ou d'effectuer des imageries médicales).

Dans un second temps, l'analyse reprendra ce thème de la migration pour aborder un autre phénomène structurant la kinésithérapie : l'inscription dans un espace européen. Si les titres professionnels sont certifiés par les Etats, l'Union Européenne impose une libre circulation des travailleurs et encadre légalement la reconnaissance des qualifications. Parmi les métiers de la santé, la kinésithérapie se singularise alors par un taux de migration important, à la fois d'euro-péens qui viennent exercer en France mais aussi de français qui reviennent dans l'hexagone après avoir obtenu leur titre professionnel ailleurs en Europe²⁵⁵. Ces deux migrations sont des révélateurs d'espaces écologiques de la kinésithérapie variables au sein de chaque espace national, à la fois sur le plan des conditions d'exercice et celui des conditions de formation.

Section 1 : les kinésithérapeutes entre position dominée dans le champ médical et négociation d'espaces autonomes

a) Une activité non monopolistique, aux hiérarchies complexes et dépendantes du modèle médical

Le premier objectif ici est de documenter la position sociale des kinésithérapeutes. Dans ce cadre, la logique de champ se révèle heuristique pour saisir les relations de domination qui peuvent exister entre métiers. C'est ainsi que le concept de champ médical²⁵⁶ est mis au travail et élargi au-delà des médecins, à tous les acteurs travaillant sous leur autorité. Plusieurs thématiques, comme les instruments utilisés,

toujours existé. Il y a cependant un part de codification par la médecine et, depuis 1892, d'autorisation dans le fait de soigner les corps avec le consentement du médecin, soignant légalement monopolistique.

²⁵⁵ Selon les chiffres ordinaux, plus de 60% de ces kinésithérapeutes migrants sont français. A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

²⁵⁶ P. PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit.

les structures de formation et de recherche ou encore le mode de financement du soin sont alors saisies pour montrer les différentes proximités au modèle médical dominant du champ.

La kinésithérapie, construction d'un métier dominé

L'espace de la santé peut être très large au sens de Didier Fassin²⁵⁷, prenant en compte tous les dommages aux corps, de l'altération des tissus jusqu'aux violences ou aux inégalités. Les kinésithérapeutes font partie de cet espace, mais il est possible de préciser un peu plus leur position en mobilisant le concept bourdieusien de champ, dans sa déclinaison proposée par Patrice Pinell concernant le champ médical²⁵⁸. Il s'agit d'un champ médical caractérisé par homologie avec les champs de la physique comme filtre d'analyse de groupes sociaux liés et de rapports de force inégaux (ici il est possible de parler de domination pour caractériser ces rapports²⁵⁹). Ce concept est utilisé par Patrice Pinell pour analyser la prépondérance de la médecine clinique sur la médecine sociale ou les sciences accessoires médicalement investies. Il s'agit d'une grille de lecture heuristique des hiérarchies médicales et de leurs mouvements²⁶⁰. C'est dans une utilisation conceptuelle élargie qu'il est possible de positionner les kinésithérapeutes. En considérant que le champ médical ne s'arrête pas aux médecins mais à tous les acteurs soignants directement soumis à leur influence, il est possible d'y positionner les paramédicaux²⁶¹, bien qu'en position dominée. Par essence, le champ médical ne connaît pas de délimitation claire²⁶² mais les kinésithérapeutes qui exercent sous prescription médicale semblent d'emblée inclus en son sein, dans le sens où ils gravitent autour des pivots incontournables, les médecins cliniciens. Dans ce champ construit autour de ces derniers, les autres acteurs alimentent leurs pratiques (cas des sciences auxiliaires, de laboratoire, biologiques...) ou exécutent leurs thérapeutiques déléguées (les auxiliaires médicaux). Par contre, les acteurs de soins au sens plus large, c'est-à-dire qui désintéressent, qui ne sont pas investis, ou qui ne mettent pas en jeu les médecins ne sont pas compris

²⁵⁷ Son champ d'attraction est d'ailleurs révélateur de sa puissance. Voir par exemple D. FASSIN, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

²⁵⁸ P. PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? », art. cit.

²⁵⁹ Dans le sens wébérien de domination, il s'agit d'inégalité de pouvoir (ce qui sous-entend tout de même un pouvoir possible du dominé sur le dominant) mais aussi d'acceptation au moins partielle de la domination par le dominé. Max WEBER, *La domination*, Paris, La Découverte, 2015.

²⁶⁰ P. PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit.

²⁶¹ C'est-à-dire les auxiliaires médicaux après le changement sémantique au tournant des années 2000, j'utiliserai les deux termes relativement indistinctement bien que le terme d'auxiliaire permette d'appuyer sur la position d'exécutant

²⁶² Dans une conférence au collège de France en 1996, Pierre Bourdieu disait : "un journal dominant cesse d'être dominant quand son pouvoir de déformer le champ autour de lui diminue. En gros il fait plus la loi qu'il." Pierre BOURDIEU, « Le champ journalistique et la télévision ».

dans ce champ médical²⁶³. Ce champ est, par définition même, particulièrement hiérarchisé, dans la plupart des caractéristiques évoquées par Pierre Bourdieu²⁶⁴ :

- Il dispose d'une autonomie (avec un intérêt commun de tous ses membres à le préserver) qui est, selon l'analyse de Patrice Pinell, liée aux cliniciens, c'est-à-dire au titre médical qui empêche tout autre travailleur non titulaire de proposer ce type de service.
- Il est régi par ses règles propres, qui sont liées à la place vis-à-vis du titulaire du titre de médecin clinicien (collaboration pour les biologistes, exécution d'ordonnances pour les auxiliaires).
- Il existe un habitus commun qui découle pour partie du fonctionnement bicéphale CHU- facultés des médecine comme lieux de formation, voire d'exercice (apprentissage de la symbolique de la blouse blanche, de l'« honoraire », de la « consultation », du « patient » plutôt que « client »).
- Il est le siège de luttes internes entre acteurs qui se font avec distributions inégales des capitaux. Des phénomènes de conservation/subversion en résultent même si le titre de médecin assure une place de choix dans le champ. Les spécialités cliniques spécialisées se retrouvent dans les positions dominantes. Le titre médical y est un sésame autrement plus précieux que tous les autres capitaux disponibles, 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) poussant Didier Tabuteau à constater qu'« après la suppression des officiers de santé, les législations, largement influencées par les organisations professionnelles de médecins, ont, patiemment constitué un véritable glacis juridique et professionnel entre d'une part la profession médicale et d'autre part les autres professions de santé. »²⁶⁵

En d'autres termes, les acteurs du champ médical sont plus reliés par le titre médical (qu'ils peuvent ne pas posséder) qu'à une pratique de soin à la population.

La définition des kinésithérapeutes comme auxiliaires, donc dominés du champ médical, nécessite pourtant d'être historicisée²⁶⁶ pour éviter de la naturaliser. Quelques travaux existent en la matière et c'est ceux de Jacques Monet ou Rémi Remondière pour la France²⁶⁷ ainsi que ceux de Glenn Gritzer et Arnold Arluke²⁶⁸ pour les USA qui permettent le mieux de remonter aux racines de l'activité à la fin du XIXème siècle, c'est-à-dire concomitamment à l'instauration du monopole médical et de la lutte contre

²⁶³ A titre d'exemples, le massage « bien-être » pour les soins aux corps en tant que tissus, la lutte contre les inégalités sociales comme soin de la population ou la lutte contre les violences conjugales peuvent, selon Didier Fassin, être inscrits dans un espace de la santé sans être parties prenantes du champ médical.

²⁶⁴ Pierre BOURDIEU, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975: Introduction de Patrick Champagne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200-5, 2013, p. 4.

²⁶⁵ Didier TABUTEAU, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, N° 109-2, 2012, p. 6.

²⁶⁶ Renaud PAYRE et Gilles POLLET, « Analyse des politiques publiques et sciences historiques : quel(s) tournant(s) socio-historique(s) ? », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 133.

²⁶⁷ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit ; Rémi REMONDIÈRE, « 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) » EHESS, Paris, 1996.

²⁶⁸ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit.

les rebouteux²⁶⁹. Cette notion de monopole médical reste ensuite présente tout au long du XX^{ème} siècle, et contribue à la domination imposée aux auxiliaires qui utilisent des thérapeutiques par délégation.

Bien qu'aujourd'hui les kinésithérapeutes de la plupart des pays partagent un même éventail de techniques associant gymnastique, adjuvants (électrothérapie notamment) ou massage²⁷⁰, Jacques Monet rappelle que la rééducation au sens large a d'abord été développée et codifiée par des médecins, selon un corpus initial de techniques prédominantes variable selon les pays. En France, le massage et la gymnastique ont été les premières thérapeutiques que les médecins précurseurs de la kinésithérapie ont importé du monde profane²⁷¹, tandis qu'aux USA la kinésithérapie s'est bien plus construite autour d'adjuvants « modernes », comme l'électrothérapie²⁷². Dans les deux cas, des problématiques communes ont rendu difficile l'implantation de ces thérapeutiques dans la pratique médicale : une difficulté à accréditer l'efficacité de techniques qui proposent des résultats dans le temps longs, différent du travail médical ou chirurgical, et une forme d'accessibilité au profane, visible dans la pratique difficilement monopolistique du massage, voire de l'électrothérapie.

A la fin du XIX^{ème} siècle, l'augmentation de l'intérêt pour la thérapeutique²⁷³ a pourtant été favorable à la mise en avant de ces nouvelles propositions. « *Si la logique dominante de spécialisation par organe a vocation de traiter les maladies d'une partie du corps, la mouvance hygiéniste de la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} s'accompagne d'une tentative de construction d'une nouvelle spécialité médico-chirurgicale centrée sur le massage et la gymnastique* »²⁷⁴. Bien qu'elles soient issues de pratiques existantes et profanes, c'est l'utilisation de ces techniques par la corporation médicale qui a entériné la logique thérapeutique des procédés kinésithérapiques : « *Aux perturbations de la machine humaine, des médecins, en l'absence d'une pharmacopée efficiente et devant une chirurgie qui reste dangereuse, répondent par des traitements inspirés de la médecine populaire, le massage, l'exercice et la gymnastique, mais aussi de l'application raisonnée de l'air, de l'eau, du mouvement, de l'électricité,*

²⁶⁹ D'autres travaux historiques peuvent les recouper comme ceux de Rémi Remondière (R. REMONDIÈRE, *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), op. cit.*) en France ou Véronique Hasler pour le cas Suisse (V. HASLER, *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20^{ème} siècle), op. cit.*) mais ceux-ci sont moins centrés sur l'investissement médical dans la rééducation. Pour le Québec, Julien Prud'homme (J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière, op. cit.*) présente un travail socio-historique assez proche des constats américains de Glenn Gritzer et Arnold Arluke quant aux mécanismes de luttes interprofessionnelles mais sur une période plus contemporaine (seconde moitié du XX^{ème} siècle).

²⁷⁰ Le massage semble toutefois plus pratiqué dans le monde francophone que dans les pays anglo-saxons.

²⁷¹ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, op. cit.*, p. 93-176.

²⁷² Ces origines liées à des choix thérapeutiques variables sont particulièrement perceptibles en Allemagne où ont coexisté « Physiotherapeut » et « Krankengymnast » jusqu'aux années 2000

²⁷³ Patrice PINELL, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50-2, 2009, p. 315.

²⁷⁴ Jacques MONET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », *Regards sociologiques*, 29, 2004, p. 115-130.

qui se transforme en médications que l'« on nomme les remèdes physiques » »²⁷⁵. Des médecins réformateurs tentent de construire une nouvelle spécialité médicale, basée sur une approche thérapeutique par les techniques « physiques ».

Dans une perspective interactionniste, Jacques Monnet décrit les réticences des médecins conservateurs, tenants de la médecine orthodoxe (académies, facultés), à incorporer des procédés partagés avec le profane malgré le militantisme de médecins réformateurs, ayant parfois des capitaux culturels et sociaux importants, qui souhaitent institutionaliser leurs nouveaux procédés.

Une société scientifique dédiée à la kinésithérapie²⁷⁶ :

Le 26 Janvier 1900 a lieu la première séance de la toute nouvelle société de kinésithérapie (SDK) qui militera jusqu'à la première guerre mondiale pour l'inscription de la kinésithérapie comme spécialité médicale. Ses instances dirigeantes en ce début de siècle sont ainsi composées :

-le Dr Lucas Championnière comme président. Promoteur du massage dans les fractures il est chirurgien des hôpitaux, chef de service, membre de l'académie de médecine, président de la société de chirurgie et l'un des principaux importateurs de l'antisepsie en France

-le Dr Fernand Lagrange comme vice-président. Promoteur de la gymnastique suédoise il est médecin expert du ministère de l'instruction publique, et à ce titre réalise de nombreux voyages européens pour étudier la gymnastique médicale (Suède, Allemagne, Suisse...). Il est aussi lauréat de l'Académie de médecine.

- le Dr Horace Stapfer comme trésorier. Promoteur de la kinésithérapie gynécologique il est chef de clinique obstétricale et de gynécologie de la faculté de Paris.

-le Dr René Mesnard comme secrétaire général. Promoteur de la gymnastique orthopédique il est médecin chef de l'Asile de la Providence puis assistant d'orthopédie à l'Hôpital Trousseau.

-le Pr Jules-Etienne Marey comme président d'honneur. Il est professeur au collège de France, Membre de l'institut et président de l'académie de médecine.

Les dispositions sociales des membres de cette société savante permettent un lobbying puissant en faveur de la reconnaissance de la kinésithérapie comme spécialité médicale. Pourtant le contenu du travail, jugé trop profane, ainsi que le contexte de facultés de médecine dirigées par des médecins cliniciens opposés à cette reconnaissance contribueront à l'échec de ce projet réformateur.

La première guerre mondiale a clos ces luttes, en reconnaissant l'efficacité de ces procédés dans le traitement des blessés de guerre tout en mettant en lumière la nécessité d'intervenants nombreux pour les mettre en œuvre de manière routinière. Or ce dernier point contrevenait à l'organisation de la médecine, dont le contrôle strict du nombre a toujours été un moyen indépassable de conserver une position sociale avantageuse²⁷⁷.

Par ailleurs, de manière plus générale, le pouvoir médical tient moins en sa capacité à guérir le malade qu'en celle de diagnostiquer le mal²⁷⁸. C'est ainsi qu'historiquement, la rémunération médicale s'est

²⁷⁵ Alfred LEVERTIN, *La gymnastique médico-mécanique Zander : Méthode, importance, application*, Stockholm : Norstedt, 1893. Cité par J. MONNET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit, p. 113.

²⁷⁶ L'organigramme est issu de la thèse de Jacques Monnet, complété par des informations tirées des travaux de Patrice Pinell. J. MONNET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », art. cit ; Patrice PINELL, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, Métailie., Paris, 1992.

²⁷⁷ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.

²⁷⁸ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, op. cit.

progressivement attachée à valoriser le diagnostic plutôt que la thérapeutique : Micheline Louis-Courvoisier nous rappelle que les honoraires, d'abord conditionnés à la guérison, ont ensuite été modulés en fonction de l'intensité et la difficulté du traitement, pour aboutir aujourd'hui à une rétribution liée au fait de s'intéresser au dossier du malade²⁷⁹.

L'efficacité supposée de la thérapeutique kinésithérapique ne pesa pas bien lourd face à l'image profane, routinière et coûteuse en personnel. Elle fut alors inscrite dans le champ médical, pour ne pas délaissier des thérapeutiques soignantes à des profanes, tout en confiant sa mise en œuvre à des aides, dont le nombre était plus modulable que celui des médecins. Comme le dit Jacques Monet²⁸⁰ : « *le procédé demande du temps, de la répétition et une dépense physique, aptitudes qui ne sont pas celles de la profession de médecin* ».

Des auxiliaires furent donc formés pour appliquer ces traitements, notamment aux blessés de la première guerre mondiale :

« *Lorsqu'un blessé refuse une **méthode simple et non sanglante** de traitement, telle que les divers procédés de la physiothérapie (massothérapie, mécanothérapie, thermothérapie, électrothérapie, etc.), de nature à améliorer, **sans aucun risque à courir**, les infirmités dont il est porteur et à réduire l'incapacité de travail qui en résulte, il peut être assimilé à un simulateur qui entretient ou aggrave intentionnellement sa blessure par refus de soins...* »

« Conduite à tenir » à destination des médecins militaires, 1915, rapportée par Rémi Remondière²⁸¹ (nous soulignons en gras).

La position des médecins de l'armée pointe l'ambiguïté de la situation de la kinésithérapie, à la fois trop simple pour être distinguée (« méthode simple » « sans aucun risque »), contrevenant ainsi au travail médical (« sanglant » et risqué), tout en nécessitant d'être intégrée à la palette médicale : la bonne adhésion à ces soins permet au blessé d'entamer une « carrière de malade » parsonienne²⁸², tandis que son rejet provoque un retour au statut de bien portant. Cette contribution profane au diagnostic et au traitement de la maladie est symptomatique d'une position professionnelle incertaine. La ligne de crête entre le médical et le profane est claire (et toujours actuelle), elle ne tient pas à l'efficacité mais au mérite : la complexité et le pari devant un risque pour les médecins, la simplicité et le peu invasif pour le semi-profane kinésithérapeute.

Si ce partage de compétence entre « savant » et « profane » fut l'une des raisons de la difficulté à intégrer le milieu académique médical, ce ne fut pas la seule. Selon Jacques Monet, d'autres facteurs intervinrent comme le manque d'assise scientifique de la discipline, la trop grande part de la

²⁷⁹ Micheline LOUIS-COURVOISIER, « Histoire des honoraires médicaux », in *Médecine, santé et sciences humaines*, Les belles lettres., Paris, 2011, p. 91-97.

²⁸⁰ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit., p. 176.

²⁸¹ Remi REMONDIERE, « Une journée ordinaire du blessé de la grande guerre, en physiothérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-224-225, 2020, p. 90-96.

²⁸² T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

thérapeutique directement en lien avec le corps du patient au détriment de la clinique et du diagnostic, ou encore l'éclatement de son activité au service d'autres spécialités : « *La position de discipline subalterne ou à la remorque de pratiques dans plusieurs spécialités cliniques reconnues comme des disciplines scientifiques limitent son identité* »²⁸³. Ainsi, dans l'entre-deux guerres, la kinésithérapie est encore parfois pratiquée par des médecins, car il s'agit finalement d'une des thérapeutiques les plus efficaces de l'époque. Mais, au vu du contenu du travail, ils peuvent être secondés par des aides formés au sein d'écoles tenues par des médecins entrepreneurs, d'abord à Paris (EFOM en 1895, Association Valentin Haüy en 1907, Assas en 1936, St Michel en 1942) puis en Province après 1944 et à la création du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute.

Aux USA, le constat est finalement similaire, dans une perspective, retenue par Glenn Gritzer et Arnold Arluke, très liée à des luttes de marché. Là encore, les médecins pratiquant la kinésithérapie cherchent durant la première moitié du XX^{ème} siècle à obtenir une part du marché du soin, dans une lutte contrecarrée par d'autres médecins « manuels » : les chirurgiens ou les psychiatres (électrothérapeutes en cette période). Une tentative de positionnement comme troisième médecine apparaît : la médecine physique serait le pendant de la médecine biologique (des chirurgiens qui interviennent sur l'anatomie) et de la médecine chimique (des médecins qui prescrivent des drogues pharmaceutiques). Pour autant, comme en France, ces tentatives de légitimation sont en partie contrecarrées par les événements, le nombre de praticiens nécessaire pour assurer les soins aux blessés de la seconde guerre mondiale provoque le transfert de l'activité à des aides²⁸⁴ qui montrent leur capacité à assurer le travail sans être médecin.

A l'issue de la seconde guerre mondiale la division du travail déjà en cours se précise. Les termes de kinésithérapeutes francophones ou physiothérapeutes anglophones deviennent réservés aux auxiliaires tandis que les médecins s'intéressant au domaine sont dénommés « physiatrists » aux USA (physiatres au Québec) et MPR en France (médecins de Médecine Physique et Rééducation). Un décalage de près de 20 ans existe d'ailleurs, dans l'hexagone, entre la protection du titre de masseur-kinésithérapeute (1946) et la reconnaissance de la médecine physique (MPR²⁸⁵) comme spécialité médicale (1965²⁸⁶). Cette institutionnalisation tardive de la MPR peut être analysée comme un désintérêt pour un domaine présentant une faible part de diagnostic clinique autonome (ce médecin est à la remorque des diagnostics

²⁸³ J. MONET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », art. cit.

²⁸⁴ Le mécanisme de partage de la compétence au profane pour assurer les soins aux clients est commun à l'Europe et aux USA, avec un décalage temporel. Ce transfert se fait en grande partie après la première guerre mondiale en Europe et est nettement plus important aux USA après la seconde guerre mondiale. Si ce versant n'a pas été exploré ici, la plus longue tradition comme activité médicale en Amérique (et le prestige associé) pourrait expliquer l'émancipation supérieure des physiothérapeutes anglo-saxons par rapport à leurs confrères européens.

²⁸⁵ Médecine Physique et de Réadaptation, parfois nommée plus communément « médecine physique », comprenant des praticiens parfois nommés « médecins rééducateurs ».

²⁸⁶ Arrêté du 4 Août 1965 relatif à la création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

posés par les médecins des organes ou des systèmes biologiques) et une part thérapeutique peu dangereuse, accessible et, de fait, réalisée par des (semi) profanes. Pour autant, à la fois au vu de ses résultats (et donc de la légitimité de cette thérapeutique) et de la nécessité de maintenir un contrôle médical sur ces pratiques²⁸⁷, la MPR sera instituée comme spécialité... Qui restera de second ordre, comme l'illustre les rangs des affectés par spécialités aux concours de l'internat médical français.

Spécialités	Rang du premier affecté en 2016	Indice d'attractivité ²⁸⁸ en 2016
Ophthalmologie	3	0,10
Néphrologie	1	0,12
Médecine interne	5	0,13
Cardiologie et médecine vasculaire	2	0,13
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7	0,14
Dermatologie et vénérologie	155	0,15
...
Médecine Physique et Réadaptation	871	0,54
Génétique médicale	1543	0,61
Psychiatrie	218	0,72
Santé publique	405	0,74
Biologie médicale	1136	0,80
Médecine générale	24	0,83
Médecine du travail	2779	0,84

Tableau 1 : rangs des premiers étudiants classés au concours de l'internat (hors engagement de service public) et indice d'attractivité proposé par la DREES²⁸⁹.

La médecine physique et de réadaptation fait donc partie des spécialités les moins demandées par les internes. L'attractivité de la spécialité n'est pas uniquement liée à la place dominante occupée et d'autres éléments entrent en ligne de compte, comme la rémunération envisageable²⁹⁰ ou la souplesse de l'articulation entre vie professionnelle et vie privée²⁹¹. Néanmoins, il est indiscutable que les spécialités les moins attractives sont les plus dominées du champ médical.

Cette reconnaissance comme spécialité a consacré la segmentation de la rééducation en deux métiers²⁹²: le diagnostic et la prescription pour les médecins et le traitement pour les auxiliaires médicaux. Cette

²⁸⁷ « La spécialisation des auxiliaires médicaux a été une première attaque contre la subordination. Il n'y a pas de problème lorsque l'auxiliaire médical spécialisé est sous les ordres d'un médecin pratiquant la même spécialité » (Dr Darcy 1963 rapport au Conseil de l'Ordre des médecins cité par Jacques Monet).

²⁸⁸ Il s'agit d'un indice proposé par la DREES, pondérant les rangs des étudiants choisissant la spécialité (en non uniquement le premier). Plus il est proche de 0 et plus la spécialité est attractive, plus il est proche de 1 et moins elle l'est. Pour d'autres détails sur sa construction : DREES, « En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Etudes et résultats*, 1006, 2017.

²⁸⁹ Tableau existant dans la publication DREES, ici simplifié pour une meilleure lecture. *Ibid.*

²⁹⁰ *Ibid.*

²⁹¹ N. LAPEYRE et N. LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », art. cit.

²⁹² Les deux métiers sont asymétriques, j'ai eu l'occasion de rencontrer des médecins qui réalisent des rééducations en pratiquant des actes similaires à ceux des kinésithérapeutes, tandis que la prescription institutionnelle, ouvrant droit à délivrance de médicaments par exemple, est interdite aux kinésithérapeutes.

partition suit la logique de la profession médicale où le diagnostic est l'objet de légitimation privilégié²⁹³. Le développement de la « science »²⁹⁴ médicale porte d'ailleurs prioritairement sur le diagnostic : « *Les instruments de diagnostic scientifique, les thérapies et nomenclatures psycho-diagnostiques développées en grand nombre et l'intérêt des scientifiques qui pénètrent toujours plus loin dans les "profondeurs" du corps et de l'âme humaine se sont - désormais évidemment - désolidarisés de la compétence thérapeutique et l'ont en principe condamnée à « rester à la traîne »* »²⁹⁵.

Ce repli sur le diagnostic a permis aux médecins de conserver la légitimité et la reconnaissance sociale qui y sont associées mais ne fut pas forcément synonyme de contrôle effectif sur le domaine de la rééducation.

En France, comme aux Etats-Unis, les effectifs sont restés faibles : en 2019 la France compte moins de 2 000 médecins spécialistes de MPR en France²⁹⁶ pour 95 000 kinésithérapeutes²⁹⁷. Profitant de cette faible tutelle, les auxiliaires médicaux se sont créés des espaces autonomes, en collaborant directement avec les différents médecins spécialistes dans leurs services²⁹⁸. Les MPR se retrouvent alors dans une situation affaiblie au sein du champ médical : celui-ci est construit autour de sous-champs dominés des sciences accessoires et de la médecine sociale (les spécialités de santé publique, médecine du travail, génétique ou biologie médicale) et d'un sous-champ dominant des cliniciens auxquels les MPR appartiennent formellement. Mais, au sein de celui-ci, ils se retrouvent dominés, à l'image de la médecine générale, comme spécialité à activité clinique peu spécialisée ou partagée. Patrice Pinell définit la médecine clinique comme « *une partie de la médecine concernée par les activités de diagnostic, de pronostic et de traitement* »²⁹⁹. Or, pour les MPR, le diagnostic est partagé avec les médecins « localistes » (s'occupant de l'organe, du système ou de la tranche d'âge du patient) et le choix du traitement est partagé avec des paramédicaux rééducateurs ayant un choix discrétionnaire quant à leurs techniques mobilisées. Ce qui conduit une partie des MPR à verbaliser un décrochage de la médecine clinique, pour la rapprocher d'une médecine sociale ou d'organisation du parcours de soin :

« L'activité médicale de MPR c'est pas tellement une activité diagnostique... Ben c'est une activité d'organisation de projet thérapeutique et de suivi, c'est rare qu'on soit confronté à des dilemmes diagnostics »

²⁹³ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, op. cit ; P. PINELL, « La genèse du champ médical », art. cit.

²⁹⁴ Georges Canguilhem reconnaît une démarche scientifique à la médecine mais non le statut de science, celle-ci ne pouvant être fondée sur une dualité aussi subjective que le bien et le mal, le normal et le pathologique, à la base de l'organisation médicale. Au vu de l'utilisation commune de « science » pour parler des recherches en médecine le terme sera toutefois utilisé.

²⁹⁵ « Das naturwissenschaftlich-diagnostische Instrumentarium, die in großer Zahl entwickelten psychodiagnostischen Therapien und Nomenklaturen und ein immer weiter in die « Tiefen » des menschlichen Körpers und der menschlichen Seele vordringendes szientistisches Interesse haben sich – nun offenkundig – von der therapeutischen Kompetenz abgekoppelt und diese nachgerade prinzipiell zumindest zum « Nachhinken » veruteilt » P GROSS, R HITZLER et A HONER, « Diagnostisch und therapeutische Kompetenz im Wandel », *Osterr. Zeitschrift für Soziologie*, Numéro spécial Medizinsoziologie, 1985, p. 155-172, ici p. 7. Traduction personnelle.

²⁹⁶ Via l'outil public en ligne de l'ordre des médecins : demographie.medecin.fr

²⁹⁷ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

²⁹⁸ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit.

²⁹⁹ P. PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit.

Entretien avec un médecin MPR PU-PH (professeur d'université, praticien hospitalier)
22/01/2021.

Le diagnostic des médecins rééducateurs ne s'est donc jamais réellement imposé, pris entre les autres médecins cliniciens et les kinésithérapeutes qui, en nombre, utilisent ensuite directement ces données médicales pour choisir leurs techniques thérapeutiques. Malgré leur statut médical, les MPR se retrouvent ainsi marginalisés.

En France, un doyen d'UFR de médecine MPR illustre la faible visibilité de sa spécialité (qu'il confond avec une forme de gériatrie au moment de son choix d'internat) au profit des kinésithérapeutes dominés mais considérés comme les thérapeutes de ce sous-domaine médical (un médecin s'y intéressant ne serait qu'une sorte de « super kiné ») :

« Enquêteur : pourquoi le choix de la MPR à l'époque ?

Doyen : Alors ça... euh... En fait quand j'ai passé l'internat je voulais faire de la gériatrie. Et c'est une spécialité qui n'existait pas. Et mon deuxième choix d'interne, je me rappelle très bien le jour du choix était marqué « hôpital Gabriel rééducation fonctionnelle ». Et j'ai cru que c'était de la gériatrie. Donc j'ai choisi cet hôpital. Et c'était pas du tout de la gériatrie, c'était même terrible pour tout vous dire parce que... C'est un hôpital il n'y avait que des jeunes handicapés en fauteuil. Et les 15 premiers jours de stage j'ai trouvé ça terrifiant. Parce qu'on n'était pas du tout préparé. Il y avait des jeunes de 20 ans tétraplégiques, paraplégiques. Et au début ça a été un rejet, je ne pouvais pas faire cette spécialité. Et puis finalement j'ai découvert la discipline et puis surtout j'ai découvert l'importance du travail interdisciplinaire [...] voyez, moi, quand j'ai fait cette spécialité on était deux internes. Euh... Moi j'ai des copains de promotion qui m'ont dit « ah ben tu veux être super kiné ». Voilà le niveau. »

Entretien avec un doyen d'UFR Médecine de Province de spécialité MPR, le 11/04/2019 (nous soulignons en gras).

Cela dit, à la différence de Glenn Gritzer et Arnold Arluke³⁰⁰, penser cet état de fait simplement comme la résultante d'une lutte de marché entre les médecins MPR (physiatres aux Etats-Unis) et les kinésithérapeutes semble insuffisant dans le cas français. Il est à noter que d'autres spécialités médicales n'ont pas forcément souffert, dans leur attractivité, d'un partage des tâches avec des auxiliaires dédiés, malgré des demandes d'émancipation plus ou moins fortes : la radiologie reste une des spécialités les plus attractives alors qu'il s'agit d'un travail d'appoint diagnostique au service des autres spécialités et que l'exécution est réalisée par les manipulateurs en radiologie³⁰¹. Dans un autre domaine, la gynécologie obstétrique reste elle aussi plus attractive que la MPR alors qu'il y a une réelle concurrence, y compris statutaire, avec les sage-femmes, qui, inversement aux kinésithérapeutes, disposent d'un statut médical (à compétences définies)³⁰². Il convient donc de mobiliser d'autres ressources théoriques pour éclairer ce partage du travail dans le secteur de la rééducation.

³⁰⁰ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation, op. cit.*

³⁰¹ Cécile ESTIVAL, *Corps, imagerie médicale et relation soignant-soigné. Etude anthropologique au centre de cancérologie*, Editions Seli Arslan., Paris, 2009 ; P. PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit.

³⁰² Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, 1ère édition., Paris, Presses universitaires de France, 2007 ; Yvonne KNIBIEHLER, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Presse universitaires de France, 2004.

Il a été argumenté, à ce stade, que les kinésithérapeutes s'occupent d'une thérapeutique non pratiquée par des médecins de par un contenu trop accessible aux profanes, contrevenant au principe de distinction cher à la médecine. Plus basés sur l'efficacité thérapeutique que sur la codification diagnostique et pronostique, ils se sont ainsi développés numériquement, établissant des relations de collaboration avec les autres domaines du sous-champ des cliniciens. De ce fait, ils interagissent dans un champ médical en position de faiblesse par rapport à la profession dominante, mais avec une présence ayant conduit à limiter la présence des médecins dans le domaine particulier de la « rééducation motrice ».

Une activité non monopolistique : la proximité aux médecins comme recours dans la lutte contre les concurrents

Si les kinésithérapeutes s'inscrivent historiquement dans un champ médical hiérarchisé, leur activité est non monopolistique, ce qui les met en concurrence avec d'autres groupes professionnels. Bien que difficiles à délimiter, les métiers en question seront envisagés à travers la proximité à la profession médicale dominante, même si certains peuvent trouver leur origine hors du champ médical. Les métiers choisis pour l'analyse le seront par le lien d'une partie de leur activité à la motricité et non via le découpage administratif³⁰³. Leur listing et l'investissement descriptif ne sera pas exhaustif et terme à terme, mais ciblant les situations différenciées saillantes permettant de comprendre les luttes de légitimité qui concernent les kinésithérapeutes. Il sera ainsi proposé d'étudier les thématiques des conditions de formation, des techniques et instruments mobilisés et enfin des modes de financement différenciés.

Structures de formation

Les enseignants en activité physique adaptée -APA-³⁰⁴ sont, parmi les corporations revendiquant un travail sur la motricité altérée, la seule à disposer d'une filière universitaire indépendante des « facultés

³⁰³ Les sage-femmes, par exemple, sont une profession médicale à compétence définie et non une profession paramédicale de rééducation. Elles sont cependant en situation de concurrence avec les kinésithérapeutes sur un type particulier de travail moteur : le travail de musculation du plancher pelvien. A l'inverse les diététiciennes sont administrativement comptabilisées comme profession de rééducation, tout en s'intéressant peu à la motricité.

³⁰⁴ Les enseignants en APA sont le plus souvent issus du monde sportif, notamment via des formations en UFR STAPS. Avec l'autonomisation de l'espace des sports, la limite fluctuante entre normal et pathologique, la progression démographique des étudiants en STAPS, des débouchés se sont ouverts du côté de services à des populations considérées comme malades. Pour une approche de la création de l'APA dans le domaine cardio-vasculaire, lire Brice FAVIER-AMBROSINI, « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », *Santé Publique*, S1-HS, 2016, p. 13.

de santé »³⁰⁵. Ils sont partis prenantes d'un espace autonome (celui du sport) vis-à-vis de la médecine³⁰⁶, avec ses propres règles (quant aux niveaux de diplôme requis pour pratiquer l'APA ou quant au choix des contenus de formation) et ses propres habitus (distance à la blouse, pas de formation obligatoire en milieu hospitalier). Ils disposent d'un corps d'enseignants-chercheurs qui propose une recherche et qui peut promouvoir la crédibilité des interventions proposées. De plus, dans une logique professionnelle marquée par la durée des études comme marqueur de respectabilité³⁰⁷ et d'un savoir important³⁰⁸, la possibilité d'avoir une filière doctorale est un atout, même si elle n'est pas la norme pour les travailleurs proposant des APA : face à la thèse (d'exercice) des médecins, les APA peuvent convoquer la thèse (universitaire) de leurs formateurs. Face aux concurrents paramédicaux formés en écoles de santé, les APA peuvent s'appuyer sur le prestige de l'université³⁰⁹. Toutefois cette universitarisation ne porte pas toutes ses promesses en termes de lutte contre la concurrence. D'une part, les STAPS restent des filières universitaires moins prestigieuses que les facultés de médecine³¹⁰. D'autre part, la production scientifique en lien avec le pathologique dépend des relations avec les médecins, les UFR STAPS ne disposant pas d'accès à des structures de soins propres. Le rôle politique de distinction et valorisation de l'efficacité des APA par leur corps scientifique est, à ce titre, amoindri par le filtre imposé par la

³⁰⁵ C'est ainsi que sont le plus souvent renommées les anciennes facultés de médecine. La perte de poids des facultés au profit des universités tend à relativiser les relations d'indépendance.

³⁰⁶ Des universitaires du milieu du sport sont d'ailleurs très sévères avec les intersections possibles entre champ médical et espace des sports : « *le pouvoir médical, dans ce champ d'étude et d'intervention partagé, protège ses frontières des concurrences externes par la création d'un corps de masseurs-kinésithérapeutes et l'élargit en « grignotant » des parts de marché sanitaires sur les prérogatives du secteur spécialisé de l'Éducation nationale* » selon André RAUFAST, « Approches historique, épistémologique et professionnelle de la dynamique des relations entre les logiques médicales et pédagogiques (1818-1978). Deuxième période (1946 à 1961 : chronologie d'une destitution annoncée. », in *Activités physiques et sportives adaptées. Perspectives pour une prévention de la santé*, Nîmes, Champ social, 2019, p. 200-202.

³⁰⁷ Même Howard Becker, qui considère que les professions sont un « folk concept », considère que des études longues et prestigieuses permettent aux professionnels de se distinguer (pour lui illégitimement) dans la société. Il évoque ce « folk concept » dans Howard Saul BECKER, *Sociological work. Method and substance*, Academic Press Fribourg, 1962.

³⁰⁸ Le courant fonctionnaliste relie respectabilité et savoir. T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit. Florent Champy, lui, n'évoque pas la respectabilité induite mais insiste sur la possession d'un savoir théorique et pratique complexe permettant la gestion des cas incertains F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, op. cit.

³⁰⁹ R. BODIN et M. MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », art. cit. Ces auteurs placent les écoles paramédicales en bas de la hiérarchie des établissements du supérieur, l'université occupant une place intermédiaire (les classes prépa et grandes écoles étant au sommet de cette hiérarchie proposée).

³¹⁰ Bien que les universités soient moins attractives que les grandes écoles si particulières au système française, le droit et les sciences médicales conservent une place et une attractivité particulière, comme en témoigne la possibilité de monnayer des formations (continues), pour cela voir Béatrice Majnoni D'INTIGNANO, « Comment financer les universités », *Commentaire SA*, 165, 2019, p. 141-150 ; Alain BOISSINOT, « L'enseignement supérieur dans le système éducatif : une histoire de frontières », *Administration & éducation*, N°160-4, 2018, p. 9. Cette analyse est confirmée sous l'angle du choix des étudiants qui différencient nettement la médecine de autres espaces universitaires : R. BODIN et M. MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », art. cit. Concernant la position dominée des STAPS dans cet espace universitaire, les caractéristiques sociales plus défavorisées des étudiants les fréquentant sont analysées par Romuald BODIN et Sophie ORANGE, « Déjouer les pronostics scolaires et les destins sociaux. Sur quelques représentations et usages de la filière Staps », *Sciences sociales et sport*, N° 14-2, 2019, p. 31.

corporation médicale. La volonté de prendre en charge des « malades »³¹¹ impose une réelle soumission à la médecine et à ses critères de jugement pour envisager la légitimité ou non de ces acteurs à agir sans mettre en danger le patient³¹² (c'est-à-dire le client du médecin). C'est seulement en respectant le diagnostic médical que les enseignants APA peuvent faire pratiquer de l'activité physique adaptée aux malades, que ce soit à visée explicitement soignante ou non (en pratique ces activités peuvent se rapprocher d'un sport ou s'apparenter à des parcours moteurs, des jeux variés etc). La parution du décret de 2016³¹³, sur la possibilité de pratiquer des activités physiques adaptées sur prescription médicale est un révélateur de cette situation de dépendance au médecin³¹⁴. L'association principale du métier, la SFP-APA a d'ailleurs communiqué sur ce décret de manière éloquente³¹⁵, sur le mode de la foire aux questions :

*« Si je prends en charge un patient en ALD présentant des limitations sévères, puis-je être accusé d'exercice illégal de pratiques réservées aux professionnels de santé ? :
Non si la prise en charge se fait sous couvert de la prescription médicale ;
Oui si la prescription n'a pas été faite vers un enseignant en APA, et que l'EAPA intervient en connaissance de causes.*

³¹¹ C'est la notion de malade qui impose la pratique sportive « adaptée ». Pour une approche de la difficulté de positionnement des professeurs d'APA et de la délimitation d'un domaine ni de l'ordre de l'éducation physique ni de l'ordre du médical, lire Claire PERRIN, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé Publique*, S1-HS, 2016, p. 141. Pour un exemple de ces tensions entre APA et kinésithérapeutes lire Matthieu DELALANDRE et Cécile COLLINET, « Activité physique et prévention des chutes, entre médicalisation et capacitation », *Gérontologie et société*, 40-2, 2018, p. 35. Ces auteurs analysent la médicalisation de la prévention des chutes, qui s'appuie en partie sur les gains constatés grâce à l'activité physique adaptée. C'est le rattachement du risque de chute des personnes âgées à un problème de santé qui permet son émergence publique, concomitante avec des recherches d'outils thérapeutiques via l'activité physique. Le triptyque ambiguë kinésithérapeute, APA et médecine est alors tout à fait complet : la médecine définit le problème comme légitime en santé (le risque de chute est un risque en termes de santé) en réponse à une demande sociale. Ses auxiliaires légitimes, pour appliquer des thérapeutiques aux problèmes de santé moteur, sont les kinésithérapeutes. Cependant, en tant qu'auxiliaires, ils n'ont pas, jusqu'en 2019, de filière de recherche institutionnalisée et ils ne sont donc pas légitimes à proposer des solutions thérapeutiques fiables (c'est-à-dire scientifiquement et quantitativement prouvées) à cette problématique lors de son émergence. Revendiquant une autonomie de la santé, mais dotés d'une structure universitaire de recherche performante via les UFR STAPS, les enseignants d'APA s'intéressent au problème, devenu public et financé, en mettant l'accent sur le côté préventif, c'est-à-dire non soignant au sens du « cure ». C'est la légitimité acquise par la validation scientifique qui leur permet de proposer des prises en charge pour un problème devenu « de santé ». La séparation institutionnelle de ces métiers n'empêche donc pas des interférences sur les risques émergents, non historiquement départagés, dont les problématiques et les propositions de traitements peuvent donc être construites et publicisées très différemment pour amener des revendications légitimes multiples.

³¹² Les bienfaits de l'activité physique sur la santé ont d'ailleurs historiquement été l'objet de publications essentiellement médicales jusqu'aux années 1970. Il a fallu que certaines pathologies, fortement réceptives à l'activité physique, soient progressivement publicisées comme de l'ordre d'un problème de santé publique pour que les APA soient sollicités par la corporation médicale pour intervenir. Processus qui n'est pas sans rappeler la fabrique des auxiliaires médicaux. B. FAVIER-AMBROSINI, « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », art. cit.

³¹³ Décret 2016-1990 du 30 décembre 2016

³¹⁴ La thèse de Frédéric Illivi montre comment le plan sport-santé a été porté par l'alliance d'une production scientifique et d'expertise par des acteurs issus du sport (dont les administrations) mais aussi par des médecins (notamment de santé publique). Frédéric ILLIVI, « Génèse et mise en oeuvre du plan "sport, santé, bien-être" : acteurs, savoirs, territoires et instruments. Une sociologie de l'Etat en recomposition. Le cas de la région Nouvelle Aquitaine. » Université de Bordeaux, Bordeaux, 2018, p. 46-72.

³¹⁵ <https://www.sfp-apa.fr/faq-prescription-d-activite-physique-enseignant-apa.html>. Consulté le 08/10/2020. Au vu de la problématique de reconnaissance symbolique en fonction du statut social, il a été choisi de ne pas rectifier les quelques coquilles de cette publication d'un organisme professionnel officiel.

La prescription du médecin est la clé.

Note : le décret n'ajoute rien de plus que ce qui existait déjà auparavant. Par exemple, un enseignant en APA qui intervenait "à la place" d'un masseur-kinésithérapeute était déjà en situation d'exercice illégal d'une profession réglementée, et cela sera toujours le cas avec le décret. Le décret n'ajoute pas de risque supplémentaire. »

Foire aux questions en ligne, sur le site SFP-APA.

Cette situation inscrit de fait les enseignants en APA qui travaillent sous prescription dans le champ médical (élargi, tel que proposé plus haut). Leur place est alors en discussion avec les autres paramédicaux « officiels » et au premier chef les kinésithérapeutes. Ces derniers s'appuient sur leur position d'adjoints légitimes du médecin pour discuter l'arrivée des professeurs d'APA dans les lieux médicaux les plus réservés, les services hospitaliers³¹⁶. Le positionnement au sein du champ médical est ainsi un facteur clé de la hiérarchisation entre les deux métiers, ce que donne à voir les communiqués des syndicats kinésithérapeutes à l'issue du texte de 2016 (prescription médicale de l'APA) :

*« En raison du manque d'attractivité des établissements de santé pour les kinésithérapeutes, de nombreux établissements de santé s'adjoignent le concours de professionnels d'activités physiques adaptées en lieu et place de postes de rééducateurs. Dans cette situation, la sécurité du patient n'est plus assurée. C'est pourquoi **le SNMKR soutient la nécessité de réaliser un bilan d'activité physiques adaptées avant toute intervention d'un professionnel en APA dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques présentant une limitation fonctionnelle sévère, avec une valorisation financière du rôle de coordination du MK.** »*

Communiqué du SNMKR³¹⁷, Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (nous soulignons en gras). Le second syndicat représentatif, la FFMKR avait une position similaire.

La rhétorique médicale du danger est mobilisée pour justifier de la mise sous tutelle de ces concurrents ; c'est-à-dire que les kinésithérapeutes auraient une meilleure capacité à maîtriser les implications de l'état pathologique en raison de leur plus grande proximité aux médecins. De leur côté, les représentants des APA s'opposent à cette tentative :

*« Les enseignants en APA sont-ils subordonnés aux professionnels paramédicaux ?
Non. Les enseignants en APA ne sont pas subordonnés aux professionnels paramédicaux, le décret ne prévoit pas cela. Il n'y a de liens de cet ordre qu'avec le médecin par le biais de la prescription, et il s'agit d'une subordination fonctionnelle. L'enseignant en APA reste responsable de l'encadrement de son APA. »*

Foire aux questions en ligne, sur le site SFP-APA³¹⁸.

L'autonomie des structures de formation aux métiers du sport dont sont originaires les enseignants en APA est un handicap en termes de légitimité vis-à-vis des acteurs du champ médical. Elle fournit cependant aussi des arguments spécifiques, notamment par la possibilité d'un enseignement et d'une

³¹⁶ C. PERRIN, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », art. cit.

³¹⁷ Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs, communiqué visible sur le site : <https://www.snmkr.fr/activite-physique-adaptee-dans-le-cadre-de-la-prise-en-charge-des-patients-atteints-de-maladies-chroniques>, consulté le 08/10/2020

³¹⁸ <https://www.sfp-apa.fr/faq-prescription-d-activite-physique-enseignant-apa.html>. Consulté le 08/10/2020.

recherche relativement autonome³¹⁹. Il est à noter que c'est bien l'inscription dans le champ médical qui est l'objet de tensions entre représentants des groupes professionnels : à l'inverse, l'incursion des kinésithérapeutes dans l'espace des sports pour prodiguer des soins aux sportifs semble moins questionnée ou remise en cause par les acteurs STAPS³²⁰.

Les sage-femmes et les paramédicaux³²¹ sont des cas intermédiaires du point de vue universitaire, avec une universitarisation à ce jour incomplète. Les sage-femmes sont dotées d'un statut médical³²² mais longtemps formées en instituts, à l'image des paramédicaux auxquelles elles sont souvent associées³²³. D'ailleurs, si l'institutionnalisation d'une filière « MMOP » (médecine, *maïeutique*, odontologie et pharmacie) en première année d'études en santé consacre le rattachement symbolique aux universités de médecine, cette formation reste à la charge des régions qui financent aussi les instituts paramédicaux mais pas les UFR de médecine.

A l'image des sage-femmes, les kinésithérapeutes occupent une position intermédiaire. Leurs instituts (IFMK) sont proches des facultés de médecine même si les différentes évolutions historiques leur confèrent des statuts variables. Les premiers IFMK étaient privés à but lucratif dans le cas des écoles

³¹⁹ Marina Honta et Frédéric Illivi, dans un article sur les politiques publiques régionales d'accompagnement de projets de « sport-santé », notent aussi l'opposition entre représentants des corporations paramédicales et APA issus de STAPS (sans compter les éducateurs sportifs formés hors des cursus universitaires). Ils rapportent également la mobilisation de la légitimité universitaire des APA pour justifier une prise en charge de « malades ». Marina HONTA et Frédéric ILLIVI, « L'accès de tous à la pratique sportive : l'État local en action », *Revue française d'administration publique*, 164-4, 2017, p. 873, ici p. 882-883.

³²⁰ La partition entre « rééducation », « réathlétisation » et « reprise sportive » n'a pourtant rien d'évident chez le sportif blessé, mais ces débats semblent bien moins virulents. Une conflictualité propre à l'organisation du champ médical peut être suggérée.

³²¹ Le mode d'organisation du travail des sage-femmes tend à les rattacher au groupe des paramédicaux. Fanny Vincent décrit par exemple le travail en 12 heures hospitaliers, qui concernent les agents exécutants. Il a été pensé initialement pour les sage-femmes et seulement ensuite étendu aux infirmières et autres personnels exécutants (ambulanciers...). Bien que la spécificité du travail « imprévisible » explique pour partie le recours à cette forme de travail, cela cache mal une distinction d'avec les décideurs médecins, dont l'organisation du temps de travail diffère de celle des exécutants à temps de travail strictement comptabilisé (et dépassé !). Fanny VINCENT, « La règle et la gestion. Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public », *La dérogation, le droit et le travail (XIXe-XXIe siècle)*, Chateaufort, 2018, p. 69-78.

³²² Ce statut doit être mis en lien avec le danger proposé face à la situation d'accouchement, et la nécessité de former un personnel à un savoir permettant sa diminution. L'invasivité peut sans doute aussi être convoquée dans l'explication de ce statut. Nathalie SAGE PRANCHERE, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », *Annales de démographie historique*, 127-1, 2014, p. 181. Ce statut n'empêche pas la logique de contrôle de l'activité par les médecins, et notamment la rhétorique de la moindre compétence face au danger : « C'était au clinicien, sur la base de son expérience, de saisir à temps le basculement toujours possible, susceptible de mettre brutalement en danger la mère et/ou l'enfant » dans Emmanuelle FILLION, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? : Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences sociales et santé*, 30-2, 2012, p. 5.

³²³ Mais le Dû parle d'un statut médical bafoué, notamment en milieu hospitalier. Maï LE DU, « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio*, 49, 2019, p. 137-151. La particularité des sage-femmes en termes de genre a tendance à relativiser l'autonomie supérieure associée au titre de profession médicale. Pour une analyse des enjeux de genre et de positionnement des hommes dans ces écoles (dont la fuite vers la médecine grâce à cette reconnaissance administrative singulière) lire Alice OLIVIER, « Des hommes en école de sages-femmes: Sociabilités étudiantes et recompositions des masculinités », *Terrains & travaux*, N° 27-2, 2015, p. 79.

parisiennes ouvertes jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle³²⁴ ou associatifs orientés vers un public particulier dans le cas d'écoles pour aveugles³²⁵. Ces statuts se diversifient après la seconde guerre mondiale avec des écoles hospitalières, telle l'école de l'AP-HP³²⁶ fondée en 1947 proche du modèle infirmier, des écoles de facultés des médecine, tel l'ISTR³²⁷ de Lyon (1956) ou encore des écoles tenues par des médecins hors des facultés de médecine, sous statut associatif (ce qui leur donnait une grande souplesse de management), telle l'IFMK de Montpellier ouvert en 1962 avec un conseil d'administration composé des médecins universitaires (rééducateurs et chirurgiens orthopédistes).

Cette proximité aux médecins a permis aux IFMK de recruter leurs étudiants après une première année de médecine dès 1989 pour certains instituts (sur un mode dérogatoire qui sera analysé au chapitre 4), à l'inverse des autres groupes paramédicaux dont le recrutement se fait majoritairement en post-bac³²⁸. Bien que ce mode de recrutement ait joué sur l'allongement de la durée des études en kinésithérapie³²⁹, leur statut paramédical exclu jusqu'à présent leur intégration à une filière « MMOPK » (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie *et kinésithérapie*). La reconnaissance institutionnelle de la proximité à la formation médicale est donc moindre que dans le cas des sage-femmes. Pour autant, il n'a pas été possible d'établir de hiérarchie claire entre ces deux métiers (ni même pharmacie d'ailleurs, malgré une durée d'études plus longue) dans les choix des étudiants de première année universitaire en santé. Le statut médical des sage-femmes (quand il est connu) entre en confrontation avec la spécificité genrée de l'activité et l'image hospitalière d'infirmière accoucheuse du médecin. La plus grande proximité à l'université de médecine ne semble donc pas un atout pleinement hiérarchisant la sage-femme vis-à-vis du kinésithérapeute. On retrouve cette tension dans le choix d'Alice, étudiante kinésithérapeute en IFMK public hospitalier, qui, voyant que son premier choix d'intégrer médecine était compromis, s'est penchée sur les alternatives accessibles :

Alice : « J'ai regardé sage-femme. Sage-femme c'était un métier qui me plaisait bien... En gros mon choix s'est plus décidé entre sage-femme et kiné. Où là j'ai fait un peu un tableau comparatif des avantages et inconvénients de chaque métier... Parce que c'est... C'est un métier pour la vie et c'est comme ça que j'ai fait mon choix... [...] »

³²⁴ En Mars 1895 le Dr Archambaud fonde une école clinique de massage dénommée Ecole France d'Orthopédie et de Massage (EFOM) à Paris, qui peut être considérée comme la plus ancienne école encore en activité. Une date d'ouverture contradictoire de 1889 est parfois citée mais elle semble improbable à Jacques Monet, le Dr Archambaud ayant soutenu sa thèse en 1892. Les documents à sa disposition évoquent 1895, date que j'ai retenue. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit.

³²⁵ Pour rappel, les kinésithérapeutes intègrent en leur sein en 1946 les masseurs aveugles. Historiquement c'est en 1907 qu'un médecin aveugle, le Dr Fabre, ouvre ce qui deviendra l'école de l'Association Valentin Haüy de Paris. Quatre IFMK formant spécifiquement des étudiants kinésithérapeutes malvoyants ou aveugles existent toujours de nos jours (à Limoges, Lyon et deux écoles en région parisienne).

³²⁶ Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

³²⁷ Institut des Sciences et Techniques de la Rééducation.

³²⁸ Les écoles formant aux soins infirmiers, d'ergothérapie ou de psychomotricité recrutent directement post-bac pour des cursus de 3 ans et les orthophonistes en post-bac pour des cursus de 5 ans.

³²⁹ Les kinésithérapeutes ont obtenu en 2015 une augmentation de leur durée d'étude à 4 ans intra-instituts et, en 2021 la reconnaissance d'un grade master en prenant en compte l'année de sélection majoritairement en faculté de médecine. Cette annonce a été faite par le ministre de la santé Olivier Véran (neurologue de formation) le 17/05/2021, dans un échange « direct » avec les kinésithérapeutes via une visio-conférence publique sous forme d'échange avec la présidente de l'Ordre.

Enquêteur : *Et du coup entre sage-femme et kiné, qu'est ce qui te plaisait dans l'un et pas dans l'autre et inversement ?*

Alice : *Sage-femme c'était le côté médical. Les gestes et puis sur la femme enceinte, accoucher les femmes, donc ça me plaisait beaucoup... Euh kiné c'était être avec les gens et pouvoir faire un diagnostic, un traitement propre à son métier. Je trouvais que ça ressemblait un peu au rôle qu'on peut retrouver chez le médecin, parce que bon, même si c'est pas un métier médical mais on a quand même notre propre diagnostic kinésithérapique... On peut faire nos choix de traitement, on peut travailler en libéral, avoir notre patientèle... Du coup... Ça me plaisait bien, et de pouvoir suivre le patient dans sa longueur... pouvoir toucher les gens, être vraiment au contact avec eux... Ça m'a... C'est ça qui me plaisait bien... Et ce qui m'a déplu... après, c'était les côtés pratiques... En sage-femme faire des nuits... la rémunération n'était pas au top on peut dire ça aussi... Et du côté kiné j'en trouvais moins... Si en kiné l'inconvénient pour moi c'est que c'était une filière paramédicale... Euh... Le fait de choisir kiné m'enlevait l'option définitive de devenir médecin un jour, parce que... Une fois sage-femme on a des passerelles, c'est un métier médical, c'est beaucoup plus facile d'intégrer... médecine ou d'autres filières plutôt que... Qu'en tant que kiné... »*

Entretien avec Alice, fille d'un artisan commerçant et d'une mère auxiliaire puéricultrice, PACES pour faire médecine, sans succès, avant de choisir kinésithérapie parmi les trois filières sage-femme, pharmacie et kinésithérapie accessibles de par son classement. Entretien du 18/10/2019.

Une image sociale de la kinésithérapie comme médecine globale du corps peut contrebalancer la position institutionnelle d'auxiliaire, ici connue de l'enquêtée.

La position des écoles des autres filières paramédicales montre une position dominée plus importante, avec des écoles recrutant directement en post-bac, avec des durées d'études plus courtes, marquant l'apprentissage incomplet des connaissances médicales³³⁰. Les deux autres professions paramédicales proches sont les psychomotriciennes et les ergothérapeutes, formées en instituts de statuts proches de ceux des kinésithérapeutes (privés, hospitaliers ou universitaires). Ils y apprennent eux aussi à prendre en charge des troubles de la motricité générale (à la différence des orthophonistes, plus localisées à la sphère orale). La différence avec les kinésithérapeutes tient principalement à la durée des études (3ans) avec une sélection post-bac, à l'instar des infirmières. Ces modalités de formation alimentent une hiérarchisation des métiers généralistes de la motricité pathologique. Les kinésithérapeutes se retrouvent la profession la plus valorisée par une durée d'études (et donc d'accumulation de savoir) supérieure³³¹. Toutes ces formations aux professions paramédicales (et sage-femme) partagent un accès limité, fixé en France par des quotas imposés principalement par le ministère de la Santé. Il y a, dans ce cadre, une certaine entente entre corporations et administration de la Santé. Les corporations voient d'un bon œil la baisse de pression concurrentielle interne aux métiers et l'administration analyse le contrôle du nombre de travailleurs de la santé comme une garantie de maîtrise de la dépense³³². Toutefois, cette politique est aujourd'hui remise en cause par les mobilités permises par les règles européennes, faisant

³³⁰ Si les formations en soins infirmiers, ergothérapie ou psychomotricité sont en 3 ans, la formation d'orthophonie dure, elle, 5 ans, ce qui la rapproche de la situation des kinésithérapeutes.

³³¹ La durée d'études longue favorise aussi l'accès à la recherche. Un grade master permet un accès plus rapide au doctorat qu'un grade licence, où une reprise de cursus universitaire est exigée.

³³² Marc Olivier DEPLAUDE, « Une fiction d'institution : "les besoins de santé" de la population », in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Découverte, 2009, p. 255-272.

sauter l'essentiel des verrous à la libre circulation des travailleurs intra européens. Les kinésithérapeutes font alors figure de cas particulier, avec plus de 40% des nouveaux entrants dans le métier diplômés hors de France et majoritairement français³³³. Si ces migrations créent des tensions au sein de la corporation, elles sont aussi le marqueur d'une attractivité particulière de l'activité.

Enfin, les ostéopathes et chiropracteurs se trouvent en dehors de toute filière universitaire. Ils se signalent par une construction explicative distincte de la proposition biomédicale, qui les classent souvent dans les médecines alternatives³³⁴. La naissance américaine de l'ostéopathie est à ce titre représentative d'une origine ésotérique, son précurseur le plus connu Andrew Still donnant une date précise à cette « révélation », le 22 juin 1874 : « *Comme un rayon de soleil, je dressais l'étendard de l'ostéopathie en proclamant : Dieu est Dieu et la mécanique qu'il a mise dans l'Homme est parfaite* »³³⁵. Pourtant cette distance à la médecine est contredite par les positions de ses importateurs en France, originaires du champ médical, qu'ils soient médecins ou kinésithérapeutes³³⁶. Alors qu'à leurs débuts les écoles d'ostéopathie s'adressaient uniquement aux acteurs légitimes du champ médical, elles ont élargi progressivement leur clientèle à des non professionnels de santé à travers des cursus à temps plein³³⁷. Entre groupe professionnel à part entière ou spécialisation de kinésithérapeutes (et de médecins plus occasionnellement) à la recherche de nouvelles techniques, d'émancipation du cadre conventionnel³³⁸ ou médical (pour les kinésithérapeutes, le libre accès sans prescription est notamment une différence majeure séduisante), l'ostéopathie est depuis ses origines soumise à des intérêts contraires. Aujourd'hui, au moins 33 000 ostéopathes proposent des soins en France, dont 1500 médecins et 10 000 kinésithérapeutes³³⁹. Ces chiffres indiquent un glissement de la discipline vers des

³³³ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, Ordre des masseurs kinésithérapeutes, 2017.

³³⁴ Une thèse réalisée par un kinésithérapeute enquêté, Antonin, tente d'analyser par questionnaire la pratique des médecines alternatives dont l'ostéopathie. Son argumentaire de définition de la médecine alternative démontre bien la séparation de ces pratiques de la médecine légitime « scientifique », c'est-à-dire appuyé sur une reproductibilité des réactions aux thérapeutiques sur le nombre : « *L'acupuncture, l'aromathérapie, la chiropratique (ou chiropraxie), l'homéopathie, l'ostéopathie et la réflexologie sont des exemples typiques de disciplines incluant des procédures thérapeutiques sans fondement scientifique* ». A des fins d'anonymat, Antonin ayant parallèlement été enquêté par entretien, cette thèse sera nommée ici « Thèse d'Antonin : pourquoi les patients consultent un thérapeute alternatif. Université I. Entre 2015 et 2020. »

³³⁵ François LE CORRE et Serge TOFFALONI, *L'ostéopathie*, Paris, PUF, 2007.

³³⁶ Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, des médecins commencent à utiliser et promouvoir cette thérapeutique (le docteur Moutin ou le docteur Lavezzari sont notamment référencés dans l'ouvrage aux PUF de François le Corre et Serge Toffaloni). Certains kinésithérapeutes s'intéressent très tôt à ces techniques, à l'instar de Paul Gény, directeur de l'école d'infirmiers masseurs (puis de masseurs-kinésithérapeutes) de St Michel à Paris, qui est par ailleurs ostéopathe. Celui-ci crée même une école d'ostéopathie (l'école française d'ostéopathie en 1965) avec un ostéopathe anglais, Thomas Dummer.

³³⁷ F. LE CORRE et S. TOFFALONI, *L'ostéopathie*, *op. cit.*

³³⁸ Dans un travail de master Aurélien Guittard montre, via des entretiens auprès de médecins pratiquant les médecines alternatives, le rejet de l'organisation du soin dans laquelle ils ont été formés. Aurélien GUITTARD, « Parcours de convertis. Le parcours et les pratiques de médecins ayant orientés leur activité vers des thérapies alternatives et complémentaires » Mémoire de master santé SHS, Université de Montpellier, 2018.

³³⁹ En décembre 2019, selon la « Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes exclusifs » qui déclare s'appuyer sur une convention avec la DREES, leur donnant accès aux répertoires ADELI : <https://cejoe.org/demographie-des-porteurs-du-titre-dosteopathe-demographie-des-experts-judiciaires-osteopathes-analyse-et-perspectives-decembre-2019/>

acteurs extérieurs au champ médical. Paradoxalement, si une mise à distance du savoir médical légitime et de l'organisation des soins en découlant est bien réelle, des tentatives de rapprochement et de légitimation à son contact peuvent aussi traverser ce groupe³⁴⁰. Le positionnement de l'ostéopathie semble donc encore soumis à fluctuation. Le contrôle administratif sur les écoles est récent et a surtout pour objet un contrôle matériel (« éviter les arnaques » dicit le chef de bureau des formations santé au MESRI³⁴¹) de l'adaptation des locaux et du nombre suffisant d'enseignants pour réaliser les enseignements prévus dans ces formations de droit privé. A ce titre, le contrôle du nombre des impétrants est lâche, chaque école pouvant avoir sa politique de développement libre, en respectant le cahier des charges du MESRI. Le contenu de la formation ne bénéficie d'aucune reconnaissance académique.

Parmi ces éléments de proximité à l'Université de manière générale, de la science médicale en particulier, de la durée d'étude et de la sélectivité vis-à-vis des impétrants, les kinésithérapeutes font figure de groupe professionnel intermédiaire. À ce titre, ils s'imposent comme dominants les groupes professionnels les moins dotés (les ergothérapeutes ou les psychomotriciennes notamment), tout en ne disposant pas de tous les attributs nécessaires pour s'imposer de façon monopolistique sur tous les métiers en lien avec les troubles de la motricité.

Techniques et instruments

La médecine a le pouvoir de choisir ses techniques et instruments³⁴² : les kinésithérapeutes peuvent uniquement utiliser ceux qu'elle leur concède ou qui ne l'intéressent pas (dans le cas des potentielles innovations). Les instruments invasifs notamment sont ainsi historiquement réservés aux médecins³⁴³. D'autres instruments plus externes peuvent aussi être réservés, bien que leur action puisse être interne (ne l'est-elle pas toujours ?). C'est le cas de la radiothérapie, qui est, de plus, un enjeu de luttes entre

A noter que ce chiffre peut être sous-estimé pour les kinésithérapeutes pratiquant l'ostéopathie sous couvert de leur activité kinésithérapique, c'est-à-dire sans déclaration et enregistrement distinct.

³⁴⁰ Le cas de « Sylvain », ostéopathe exclusif de formation, est à ce titre illustratif. Ce français est allé au Québec pour réaliser une maîtrise puis un doctorat en neurosciences. Sa démarche dépasse la « simple » légitimation universitaire comme pourrait être analysée la thèse de sociologie d'Elisabeth Teissier sur l'astrologie. Il y a dans son parcours un réel rapprochement avec le champ médical, visible à travers la poursuite d'un post doctorat en France à l'institut du cerveau au sein de la Pitié Salpêtrière. Dans le même temps, il participe à l'organisation des Journées Francophones de Kinésithérapie (JFK), une manifestation scientifico-professionnelle majeure pour les kinésithérapeutes français, en étant membre du comité scientifique, où je le rencontre au cours de cette thèse. Il n'est pourtant pas un transfuge de l'ostéopathie car il maintient une activité importante dans sa discipline d'origine, mettant en avant ses titres pour signer sa participation comme co-auteur d'un ouvrage à destination des étudiants en ostéopathie. D'autres co-auteurs font d'ailleurs état de diplômes universitaires dans des facultés de médecine.

³⁴¹ Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

³⁴² Des limites existent cependant, de l'ordre de la bioéthique ou du coût des instruments notamment.

³⁴³ En tout cas depuis la réunion des médecins et des chirurgiens. Ce monopole sur l'ouverture des corps est à rapprocher de l'importance du changement de regard amené par la dissection cadavérique. La médecine des signes et des observations a été amendée par une médecine anatomo-pathologique de la compréhension, où le symptôme devient un simple témoin d'une affection tissulaire profonde. Voir notamment le chapitre 8 « ouvrez quelques cadavres » dans M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique, op. cit.*

segments médicaux³⁴⁴. Les mécanismes d'appropriation de ces outils externes mais d'impact interne jugé comme majeur sont d'ailleurs particulièrement intéressants pour analyser l'organisation du champ médical³⁴⁵. Ainsi la pré-spécialité d'électrothérapeute, qui était dans une position similaire à la kinésithérapie dans les années 1900, c'est-à-dire utilisée par des médecins comme thérapeutique mais dans une position très dominée, connaît par la suite un investissement important des médecins avec « l'arrivée de la radiologie et de la radiothérapie [qui] vont modifier l'activité de électrothérapeutes et transformer lentement les services d'électrothérapie en électroradiologie et les électrothérapeutes en radiologistes [passant ainsi] de l'électricité aux rayonnements »³⁴⁶. Alors que l'électrothérapie cutanée restera dans l'arsenal des kinésithérapeutes, la radiothérapie, qualifiée de « profonde », sera réservée à la pratique médicale et notamment à la lutte contre le cancer³⁴⁷. D'autres exemples de partage de l'instrumental à la frontière de l'interne et de l'externe, et donc des médecins versus certains auxiliaires, seront évoqués dans cette thèse. Ainsi les dispositifs de cryothérapie à visée antalgique ou pour pathologies « bénignes » (tendinopathies ou récupération musculaire) sont à la main des kinésithérapeutes tandis que la cryothérapie préventive des leucomalacies périventriculaires sévères du nouveau-né en souffrance périnatale³⁴⁸ est un acte médical. En réanimation, l'intubation est un acte strictement médical : il s'agit de faire pénétrer un tube dans les voies respiratoires hautes. L'aspect invasif et le caractère vital du maintien de la respiration y dramatisent la portée du geste. Par contre l'extubation (le sujet est dans un état amélioré et il s'agit de retirer un objet devenu inutile) est autorisée pour les kinésithérapeutes en Belgique, et dans une zone grise en France, où cet acte reste théoriquement médical, bien que les paramédicaux le réalisent en réalité dans les services. Enfin, dans la gamme allant du médical vers le profane, le toucher manuel direct est le plus dévalorisé. Pour les kinésithérapeutes il s'agit des massages ou des mobilisations des segments de corps (pour étirer, posturer, mobiliser des articulations identifiées). Dans le cas de l'outil main sur l'extériorité des corps, la médecine n'a que peu de revendications monopolistiques (il existe quelques tentatives de limitation des mouvements de l'organe précieux qu'est la tête, avec la mise en avant des dangers qu'il y aurait à la mobilisation cervicale par une personne non qualifiée). Cette progression de la main vers l'instrument et de l'instrument vers l'ouverture des corps marque des variations de proximité à la médecine.

³⁴⁴ Pour une analyse de la lutte entre médecins « héritiers » et « novateurs » autour de la radiothérapie, lire Patrice PINELL, « Héritiers et novateurs : les transformations de l'espace cancer français (1945-1960) », *Genèses*, 87-2, 2012, p. 69.

³⁴⁵ L'invasivité, la technicité mais aussi l'urgence ou la nature du public sont des attributs participant à la hiérarchisation des spécialités médicales. Anette Lykke HINDHEDE et Kristian LARSEN, « Prestige Hierarchy and Relations of Dominance Among Healthcare Professionals », *Professions and Professionalism*, 10-2, 2020.

³⁴⁶ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit., p. 569.

³⁴⁷ Patrice PINELL, « Fléau moderne et médecine d'avenir: La cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68-1, 1987, p. 45-76.

³⁴⁸ C'est-à-dire un épanchement sanguin, une ischémie, au niveau de la substance blanche du cerveau, dans la région plutôt centrale autour des ventricules. Cette atteinte chez le nouveau-né entraîne des handicaps souvent importants si ce n'est la mort.

Si les kinésithérapeutes disposent d'instruments autorisés, ils partagent ces attributs avec d'autres. Dans l'espace des métiers travaillant sur les motricités altérées grâce aux instruments se trouve un premier cercle incluant les kinésithérapeutes mais aussi les sage-femmes, les orthophonistes et les infirmières. Concernant les sage-femmes, il s'agit d'introduction d'appareils dans la zone génitale, et notamment de sondes permettant de stimuler les contractions des muscles périnéaux, pratique commune avec les kinésithérapeutes. Concernant les infirmières, les pratiques frontières avec les kinésithérapeutes concernent l'altération respiratoire. Il s'agit alors soit de suppléer via des dispositifs d'enrichissement de l'air en O₂ (du plus extérieur comme les lunettes nasales au plus invasif comme la trachéo-intubation médicale) ou de faire travailler cette musculature via des jeux de pressions d'expirations positives (certains appareils permettent cela). Ces dispositifs peuvent demander une certaine invasivité en présence du médecin ou rester plus extérieurs mais jouer, malgré tout, sur une fonction interne vitale. Enfin pour les orthophonistes, la spécialité de la sphère orale les conduit à une forme d'invasivité commune avec une frange de kinésithérapeutes spécialisés. Si les orthophonistes sont spécialistes de la zone orale, certains kinésithérapeutes abordent l'oralité ou la déglutition sous l'angle de la rééducation des muscles présents. En dehors du « guide langue » classique en médecine, on peut retrouver des outils de stimulation vibratoire de la bouche qui sont partagés par les deux métiers (l'image de la brosse à dent électrique correspond assez bien à cet outil).

Un second cercle comprend deux métiers : les psychomotriciennes et les ergothérapeutes. Elles disposent d'une gamme d'« instruments » qu'il est possible de classer comme non invasifs : attelles et appareillages pour suppléer les motricités déficientes pour les ergothérapeutes ou dispositifs sensori-moteurs variés pour les psychomotriciennes (à titre d'exemple peuvent être cités les dispositifs vibrants ou le toucher du corps du patient avec différentes textures). Elles peuvent agir sur le corps d'autrui avec la main « armée » de ces objets, mais sans pénétrer ces corps.

Les professeurs d'activité physique adaptée -APA- eux, ont du matériel un peu différent, en partie lié à leur développement académique propre. Ainsi plutôt que de parler d'instruments, les APA disposent plus de « matériels », c'est-à-dire d'objets servant à améliorer la motricité humaine, mais rarement intermédiaires d'une action de la main de l'APA sur le corps ou l'intérieur du corps du malade. Ces objets ont aussi une image plus profane dans la pratique courante : plots, ballons, haltères. Leur mode d'intervention sur la motricité reflète ainsi la tension consubstantielle à l'intersectionnalité de plusieurs espaces. Ces encadrants sportifs sont issus d'un espace des sports mais ont une intervention sur un public ayant une déficience : ils se retrouvent alors impliqués dans le champ médical avec leurs matériels d'origine³⁴⁹.

³⁴⁹ Des porosités entre espaces sont possibles. Ainsi l'électrothérapie, initialement réservée au champ médical a été importée dans l'espace des sports, notamment dans le cadre de l'entraînement sportif. Cécile COLLINET et

Enfin chiropracteurs et ostéopathes ne disposent pas d'instrumentation mais uniquement d'une pratique manuelle. Le cas des professeurs d'APA qui ont su se passer « d'autorisation médicale » rappelle qu'il existe des logiques internes aux métiers, expliquant la non création d'instruments propres. Toutefois, la logique externe d'éloignement de la médecine explique aussi l'interdiction d'utilisation des instruments jugés les plus légitimes et marqueurs de son savoir. Le fait de soigner de ses mains peut être lu comme une construction visant à se passer de la supervision médicale : en l'absence d'invasivité ou d'instruments, le pouvoir médical ne peut que difficilement s'opposer à l'utilisation des mains, si ce n'est en arguant du charlatanisme possible de la pratique.

Les kinésithérapeutes font donc partie d'un des groupes professionnels les plus proches de la médecine, ce qui se donne à voir avec par l'accès à des instruments invasifs. La grande diversité des instruments qu'ils ont à leur disposition est un élément de pouvoir, en permettant aux acteurs d'avoir une plus grande palette de réponses thérapeutiques théoriques à apporter.

Financement et organisation du travail

Une dernière ligne de partage entre corporations proposant des rééducations motrices est le mode de financement et d'organisation du travail.

D'une part il existe un pool de métiers dont le mode d'exercice prioritaire est le salariat et dont le coût de l'exercice libéral est peu socialisé : il s'agit des ergothérapeutes (titre datant de 1970), psychomotriciennes (titre datant de 1974) et APA (prémises dans les années 1980³⁵⁰ mais institutionnalisation d'un cursus universitaire plus tardif). Métiers récents, codifiés après la phase d'expansion de l'assurance maladie³⁵¹, ils ne sont pas sujets à remboursements automatiques (des forfaits peuvent être accordés dans des cas particuliers après présentation de dossiers lourds)³⁵². Les prises en charge privées (mutuelles ou assurances santé) sont, elles-aussi, peu développées. Ces conditions expliquent des pratiques sous contrôle médical et administratif au sein de structures de santé variables : les ergothérapeutes ont sans doute la plus grande légitimité et lien historique à la médecine

Philippe TERRAL, « Une controverse scientifico-technique dans le monde des sciences du sport : le cas de l'électrostimulation », *Sociétés contemporaines*, 64-4, 2006, p. 67.

³⁵⁰ B. FAVIER-AMBROSINI, « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », art. cit.

³⁵¹ Frédéric PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », in *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 393-449.

³⁵² Même s'il s'agit ici de métiers différents, ce constat d'accès à des statuts d'emplois différents permet un lien avec les hiérarchisations que Samuel Julhe et Marina Honta retrouvent chez les cadres techniques des fédérations sportives : "deux individus disposant au premier abord de ressources et de droits identiques ne sont pas nécessairement en capacité de s'en saisir de la même façon. Les ressources ne peuvent se traduire en libertés réelles d'action, faute d'une possibilité de les convertir". Samuel JULHE et Marina HONTA, « Privé ou public : le « choix » du statut d'emploi au sein d'un même groupe professionnel », *Formation emploi*, 128, 2014, p. 31-46.

et sont présents en centres hospitaliers, alors que les psychomotriciennes³⁵³, et à plus forte raison les APA, sont plus souvent renvoyés vers des structures à vocation médico-sociale, voire uniquement sociale³⁵⁴.

Il existe ensuite un pool de métiers à activité mixte : les infirmières, sage-femmes, orthophonistes et kinésithérapeutes. Pour autant, leur répartition n'est pas identique. Les infirmières et sage-femmes ont plus longtemps été assimilées à des petites mains des médecins et cantonnées dans des exercices hospitaliers (83% de salariat pour les infirmières et 76% de salariat pour les sage-femmes, données DREES 2017). La part de libéral y est minoritaire et l'installation contrainte (nécessité d'une pratique hospitalière préalable, grande part du territoire considéré sur-doté et fermé à l'installation libérale). A l'inverse, orthophonistes et kinésithérapeutes ont un exercice libéral majoritaire (81,3% de libéraux chez les orthophonistes et 80,4% de libéraux pour les kinésithérapeutes selon les données DREES 2017), hors du regard médical. Ces deux métiers se rejoignent d'ailleurs dans une certaine revendication d'autonomie contraire à leur statut paramédical, visible à travers les tons agacés de mes interlocuteurs aux ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur³⁵⁵ à l'évocation de ces corporations :

« C'est vrai pour les kinés, c'est à dire que se pose toujours, dans ce cas de figure, les aspirations d'une profession à avoir toujours le niveau le plus élevé. Bon, c'est pas un secret que l'ordre des kinés il roule pour se faire reconnaître comme profession médicale à compétence limitée comme les sage-femmes. Et ça on veut pas. [...] C'est eux les plus beau, les meilleurs, d'accord, moi je suis pas contre, mais enfin c'est organisé différemment dans d'autres pays, bon ben voilà. Donc je trouve vraiment que l'intérêt c'est d'ouvrir les yeux là-dessus [...] l'ordre des kinés je le connais bien, je les fréquente maintenant depuis pas mal de temps. Bon, je comprends leurs aspirations. Enfin l'ordre des kinés, la profession de masseurs kiné ça fait penser à la forteresse assiégée. C'est à dire qu'eux ils ont un niveau, ils ont des ambitions mais il se trouve qu'il y a pas mal de professions autour qui font un certain nombre de choses qui sont à peu près dans le même champ »

Entretien avec le chef de bureau des ressources humaines en santé, ministère de la santé, 07/12/2018

« [Concernant l'obtention du grade master] nous suivons les demandes de la profession et je vous avouerais que les orthophonistes font partie des formations et des métiers... tout du moins du paramédical, qui ont la plus haute opinion d'eux-mêmes [...] Quand je dis que ce sont ceux des paramédicaux qui ont la plus haute opinion d'eux je suis pas loin de la vérité, je suis pas certain qu'il y est... une justification réelle à cette différenciation. »

Entretien avec le chef de bureau des formations en santé au MESRI, 14/01/2021.

³⁵³ Lors d'un entretien avec une pédiatre hospitalière -spécialité qui sera un support d'analyse au chapitre 2-, celle-ci déclare par exemple ignorer l'existence des psychomotriciennes avant d'en avoir rencontré via le CAMSP (centre d'accueil médico-social précoce). Une psychomotricienne a été rencontrée en service hospitalier pédiatrique... mais était placée dans une situation de prise en charge sociale des parents.

³⁵⁴ Elise LANTZ, « Monde du cirque et monde médico-social : connivences et ambivalences », *Sciences sociales et sport*, 10-1, 2017, p. 113.

³⁵⁵ Les kinésithérapeutes dépendent d'abord du ministère de la Santé, tutelle sans doute en lien avec la formation historique en écoles hospitalières. Les orthophonistes dépendent d'abord du ministère de l'Enseignement Supérieur, sans doute en lien avec le développement de ces écoles dans un cadre universitaire.

L'autonomisation conquise dans la réalité pratique d'un travail à la fois protégé et à distance des institutions médicales pourrait alors servir de ferment à des revendications portées par les représentants auprès des tutelles.

Enfin, l'ostéopathie et la chiropractie se caractérisent par des exercices essentiellement libéraux qui s'appuient sur une socialisation des coûts faible, via les mutuelles et assurances privées. Cette situation illustre leur éloignement de la médecine et de sa validation comme soignants légitimes (pas de travail hospitalier et de prise en charge par l'Assurance Maladie) mais aussi la réponse à un besoin de soin existant et non pourvu par le champ médical, besoin dont les assureurs privés ont su s'emparer pour proposer des prestations³⁵⁶.

A ces organisations de travail, il faut ajouter un particularisme des kinésithérapeutes en termes de démographie : selon les données DREES 2017, les kinésithérapeutes sont 87 991 en France, c'est-à-dire plus nombreux que les orthophonistes, sage-femmes, psychomotriciennes et ergothérapeutes additionnés. Les ostéopathes, quant à eux, sont au moins 33 000 (dont au moins 10 000 kinésithérapeutes). Les effectifs des professeurs d'APA sont, eux, peu approchables au vu de la non protection du titre (des éducateurs sportifs non universitaires peuvent investir certains postes) et du lien non systématique entre diplômés d'UFR STAPS et travail dans le domaine de l'APA. La répartition genrée montre aussi une particularité des kinésithérapeutes vis-à-vis des autres professions de santé (dans le cas du genre, les données manquent concernant les ostéopathes et les APA).

Métier	Nombre total répertorié par la DREES en 2017	Pourcentage de femmes (DREES 2017)	Pourcentage de salariés (DREES 2017)
Kinésithérapeutes	87 991	50,6%	19,6%
Sage-femmes	20 991	97,6%	76,6%
Orthophonistes	25 467	96,8%	18,7%
Psychomotriciennes	11 890	89,5%	79,6%
Ergothérapeutes	11 216	87%	89,2%

Tableau 2 : nombre de praticiens, répartition genrée et part de travail salarié.

Parmi les métiers de la rééducation les plus intégrés au champ médical, les kinésithérapeutes apparaissent comme spécifiques de par leur nombre, leur mode d'exercice libéral et une répartition genrée laissant une place importante aux hommes.

³⁵⁶ Même la cour des comptes signale cette privatisation rampante : "La France est ainsi devenue le premier des grands pays européens pour les dépenses de santé financées par les assureurs complémentaires." COURS DES COMPTES, *L'avenir de l'assurance maladie*, 2017.

Ces éléments permettent de comprendre la particularité des kinésithérapeutes dans le champ médical. Ils font montre d'une proximité aux médecins avec qui ils partagent un métier historiquement masculin et libéral : leurs écoles sont proches des facultés et ils disposent par délégation d'un droit à une certaine invasivité des corps. Ils disposent de ce fait d'un avantage concurrentiel sur les autres corporations susceptibles d'agir sur la motricité générale « pathologique », donc désignée par la médecine, tout en subissant des contraintes. Les médecins sont les dominants du champ notamment du fait de leur contrôle sur le savoir clinique et sa production. Les kinésithérapeutes ont donc eu jusqu'à présent un accès à la recherche très contraint, limitant leur innovation. Cette absence laisse libre cours aux propositions nouvelles concurrentes, qu'elles soient de nature universitaire (STAPS) ou plus alternative (ostéopathes). Face à ces tensions avec les corporations voisines, les kinésithérapeutes disposent toutefois d'atouts propres, comme le poids démographique³⁵⁷ ou une autonomie ouverte par la pratique libérale.

³⁵⁷ En nombre ils constituent le 4^{ème} groupe des professions de santé derrière les infirmières, les aides-soignantes et les médecins.

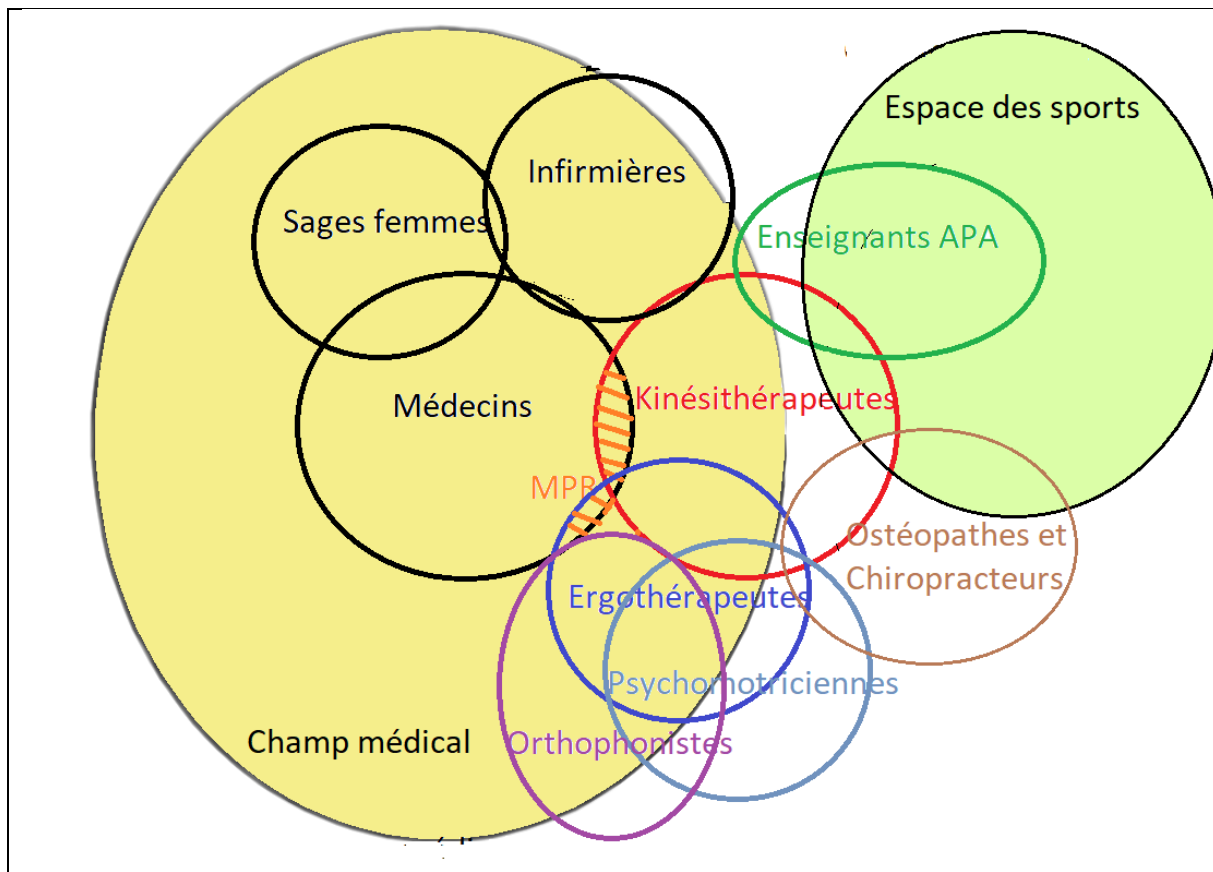


Schéma 3 : représentation graphique simplifiée de l'écologie des kinésithérapeutes et des rapports au champ médical et à l'espace des sports

Lecture : elle se fait selon le positionnement et les intersections des cercles représentant les groupes professionnels (les tailles ne sont pas indicatives). Les professions médicales sont le plus strictement comprises dans le champ médical, tandis que les paramédicaux peuvent avoir des espaces intersectionnels avec d'autres espaces (prises en charges sociales pour les infirmières, psychologiques pour les psychomotriciennes, sport, voire plus marginalement bien-être, pour les kinésithérapeutes). D'autres acteurs peuvent provenir d'autres espaces (espace des sports pour les enseignants APA) et avoir parfois des activités au sein du champ médical ou à sa proximité immédiate (ostéopathes). A noter qu'une intersection entre médecins et kinésithérapeutes a été matérialisée pour mettre en avant le rôle clé des médecins rééducateurs (MPR).

Fortement réducteur et simplificateur, ce schéma permet simplement de visualiser les positions des métiers les plus impliqués dans les soins moteurs par rapport au champ médical si structurant dans l'espace de la santé.

Forts de cette position dans le champ médical, les kinésithérapeutes ont une position particulière au sein de l'espace des métiers de la rééducation. Pourtant, les hiérarchies propres au champ médical ne sont pas les seules à faire figure de normes contraignantes. Ainsi, les tutelles administratives, notamment via l'Assurance Maladie pour l'exercice libéral, édictent des règles qui s'imposent aux kinésithérapeutes.

Entre « papa médecin et maman sécu » : le cadre conventionnel libéral

En libéral, mode d'exercice de 80 à 85% des kinésithérapeutes³⁵⁸, l'exercice est remboursé, comme il peut l'être pour les médecins, ce qui peut donner l'illusion aux kinésithérapeutes d'une pratique de médecin spécialiste recevant lui aussi les patients sur « indication » du médecin généraliste. D'un côté, l'exercice libéral est un terreau pour les vellétés d'autonomisation des kinésithérapeutes qui échappent ainsi au regard médical mais, d'un autre côté, le cadre conventionnel entretient une convergence d'intérêts entre les administrations (la CNAM³⁵⁹ notamment, en tant que financeur) et la profession médicale pour maintenir les auxiliaires à une place dominée.

L'exercice libéral est cadré par une convention nationale, signée pour la première fois en 1962³⁶⁰ et qui, au sein des métiers de la rééducation, est partagée uniquement avec les « historiques » pédicures-podologues et orthophonistes³⁶¹. Ce cadre conventionnel porte des enjeux économiques : pour les patients les soins sont remboursés, pour les praticiens leurs tarifs sont encadrés mais une solvabilité de la clientèle est assurée, pour l'administration ce financement se doit d'être maîtrisé tout en permettant d'assurer des soins accessibles à la population.

Cette convention fait l'objet de renégociations régulières et « d'avenants » modifiant le cadre de pratique, qui donnent à voir les rapports de force entre groupes professionnels et administration de l'Assurance Maladie. A ce titre, les négociations en elles-mêmes se déroulent dans un cadre financier distinct pour les médecins et les kinésithérapeutes. Ainsi, s'il existe une incitation financière à la signature des avenants conventionnels successifs pour les syndicats de médecins³⁶², ce n'est pas le cas pour les syndicats des kinésithérapeutes, ce qui signe un rapport de force moins favorable avec l'Assurance Maladie.

Cette position de faiblesse des kinésithérapeutes provient en partie de leur subordination à la prescription médicale. Cela permet aux acteurs de l'Assurance Maladie de limiter les négociations avec les kinésithérapeutes, en mettant en jeu leur tutelle médicale. La demande des représentants professionnels d'augmentation du budget à consacrer à la kinésithérapie pour répondre à un « besoin de santé » (revendiqué au vu de l'augmentation du nombre d'actes mais surtout de la « qualité » des prestations

³⁵⁸ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

³⁵⁹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

³⁶⁰ En vertu du décret 60-451 du 12 Mai 1960

³⁶¹ En réalité les orthoptistes et les audio-prothésistes bénéficient aussi de convention, mais leur nombre est très réduit.

³⁶² Ces incitations, attestées par de nombreux interlocuteurs, consistent à confier la gestion des fonds destinés à la formation continue aux seuls syndicats signataires. L'encadrement légal de cette pratique semble flou : « Concernant « l'intéressement » des syndicats médicaux signataires de convention, il n'y évidemment rien d'explicite. Néanmoins, seule la convention médicale donne aux syndicats signataires l'exclusivité de la gestion de la formation continue conventionnelle (alors qu'à l'époque cette formation continue est essentiellement financée par les laboratoires). Il est donc factuel de constater qu'il y a deux poids deux mesures pour l'assurance maladie : Les syndicats médicaux, signataires d'une convention s'engageant dans la maîtrise des prescriptions, à qui l'on confie aveuglément la gestion du fonds de financement de la formation continue et les autres [les paramédicaux] pour lesquels ces fonds sont cogérés avec les caisses, et font donc l'objet d'un usage contrôlé. » (Olivier, ancien président de syndicat de kinésithérapeutes, échange mail du 25/05/2020)

proposées³⁶³) est ainsi pour partie neutralisée. Ce ne sont pas les kinésithérapeutes qui ont en charge l'estimation du besoin mais les prescripteurs :

« Bon à l'époque [fin du XXème siècle] où j'étais président [d'un syndicat national] [...] il y avait une vraie négociation. Ensuite, où ça a changé ensuite, c'est avec le plan Juppé. Parce qu'à partir du moment où on a dit aux médecins... Où on a intéressé les médecins à la prescription. C'est à dire qu'on leur a donné une carotte s'ils prescrivait moins... Pour simplifier... Euh... La présidente de la caisse nationale m'a dit « mais j'ai plus rien à négocier avec toi... Moi je négocie avec les médecins. Je... leur donne... Et puis ils prescrivent moins de kiné et puis voilà ». Alors que... la négociation d'une convention c'est ça. C'est quand même... On vous donne du tarif en échange d'une régulation par la profession [...] Depuis Juppé la convention des auxiliaires... De toutes les autres professions de santé... Enfin les professions prescrites voilà, la convention a perdu son sens. Et la preuve, c'est que l'Assurance Maladie négocie d'abord la convention des médecins. Et une fois qu'elle est négociée avec les médecins ensuite elle négocie avec les autres. Donc... On a pas grand-chose à négocier pour tirer du tarif. »

Entretien avec Olivier, ancien président de syndicat et responsabilités nationales au CNOMK. Diplômé en 1976, engagé syndicalement à partir de 1986, 21/12/2018.

Même si ce syndicaliste pointe une dégradation des conditions de négociations, en réalité, dès les années 1980, lors de la signature de la 3^{ème} convention médicale du 29 Mai 1980³⁶⁴, il y a séparation de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé en deux catégories : les honoraires (des médecins) et les prescriptions (pharmacie, paramédicaux...). C'est cette séparation qui conduira au traitement différent des deux groupes (médecins et personnels prescrits), selon deux enveloppes mais aussi deux logiques différentes, les ordonnateurs d'un côté, les effecteurs de l'autre.

Puis, dans les années 1990, l'augmentation de la tension sur le financement de la santé conduit à une opposition entre Bercy qui souhaite une enveloppe dédiée à l'Assurance Maladie fermée et un projet alternatif, issu d'une conjonction d'intérêts entre direction de la CNAM et profession médicale³⁶⁵. Alors que les biologistes et les paramédicaux ont déjà été mis sous enveloppe et que le ministère du Budget souhaite étendre ce mécanisme aux médecins, la profession médicale défend un contrôle de la dépense par les « maîtrises médicalisées » c'est-à-dire la délimitation de soins légitimes et financièrement prévisibles. Cette proposition est appuyée par la CNAM qui y voit un moyen de sauvegarder une autonomie par rapport au ministère du Budget. C'est ce projet qui est retenu, augmentant la segmentation entre les « effecteurs » et les « diagnosticiens » et institutionnalisant un rôle médical dans la maîtrise de la dépense de santé. La loi Teulade du 4 janvier 1993 instaure des références médicales opposables (RMO) et il est alors prévu de procéder de la même manière pour les kinésithérapeutes et de mettre en place par voie conventionnelle 6 RMKO (références masso-kinésithérapiques opposables³⁶⁶). Le projet

³⁶³ Il s'agit ici d'une référence permanente des représentants des professions de santé au « progrès ». Le nombre d'actes et les raffinements des contenus (remboursés) ne pourraient qu'augmenter au fil des découvertes.

³⁶⁴ Arrêté du 5 Juin 1980

³⁶⁵ F. PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », art. cit.

³⁶⁶ Convention masseur-kinésithérapeute du 17 mai 1994 (JO du 18 mai 1994) « La convention prévoit de mettre en œuvre, dès qu'elles couvriront un champ suffisant de la masso-kinésithérapie, des références médico-

prévoyait de codifier les thérapeutiques kinésithérapiques remboursées (en nombre notamment) pour des pathologies identifiées. Il s'agissait alors de délimiter l'activité des kinésithérapeutes une fois le patient entre leurs mains (combien de séances faire avec lui) et non par un contrôle de la prescription médicale (faut-il ou non prescrire de la kinésithérapie).

Pourtant le dispositif dans sa globalité sera considéré comme insatisfaisant pour maîtriser la dépense de santé et une tentative de mise sous enveloppe de ces RMO sera faite via les célèbres ordonnances Juppé de 1996³⁶⁷. A cette occasion, les RMKO autonomes sont abandonnées et intégrées aux RMO des médecins lors de leur convention de 1997. Il y a alors établissement d'un lien direct entre la prescription médicale, qui doit respecter les objectifs de dépense et les références médicales y compris dans les prescriptions de kinésithérapie, et la rémunération des médecins. Si les prescriptions dépassent les références établies, les médecins sont sanctionnés financièrement. A ce titre, ce n'est pas l'acte médical lui-même qui est mis sous enveloppe (il n'est pas dénié le droit du médecin à recevoir le malade) mais les exécutants thérapeutiques (paramédicaux, filière du médicament). La tentative de mise sous enveloppe de ces RMO sera brève et volera en éclat en 1998 par décision du Conseil d'Etat saisi par les syndicats de médecins³⁶⁸.

Ces épisodes, outre l'autonomie conservée par la profession médicale, pointent la convergence d'intérêt entre celle-ci et la CNAM. Si l'enveloppe fermée n'a pas été réinstaurée, le principe de respect d'« objectifs de santé publique », c'est-à-dire de prescriptions proches des références médicales prédéfinies, reste en vigueur sous la forme d'incitations financières à destination des médecins.

Outre ces incitations, les prescriptions, qui justifient le remboursement des soins de kinésithérapie, sont ensuite analysées par les Caisses d'Assurance Maladie. Ces dernières peuvent remettre en cause la pertinence des soins de kinésithérapie : pathologie ne donnant pas droit à des soins remboursés ou nombre d'actes injustifié. Des contrôles par des « médecins-conseils » des caisses sont effectués pour apprécier leur pertinence. Cette « traduction » de la prescription médicale par des médecins conseils, montre l'absence des kinésithérapeutes dans ces administrations. L'inexistence des « masseurs-kinésithérapeutes conseils », les renvoie à leur position d'auxiliaires dont le travail se doit d'être apprécié par des médecins.

Autrement dit, hormis lors de l'intermède de 1997 où l'administration a cherché un contrôle plus direct sur les pratiques, la tutelle médicale reste un intermédiaire du contrôle administratif sur la kinésithérapie.

Ce lien de subordination dans l'activité conventionnée des kinésithérapeutes se traduit au niveau économique par des tarifs conventionnels très différents entre médecins généralistes et kinésithérapeutes :

kinésithérapiques opposables participant à la distribution de soins de qualité, sous réserve des textes législatifs et réglementaires nécessaires. »

³⁶⁷ Ordonnance n°96-345 du 24 Avril 1996 « relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins »

³⁶⁸ F. PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », art. cit.

En 2020 :	Médecins généralistes (euros)	Kinésithérapeutes (euros)
Consultation/Séance	23 (consultation simple) à 60 (consultations complexes)	15.30 (traumatologie simple) à 24.48 (soins palliatifs)
Indemnité déplacement à domicile	+10 euros	+2 à +4 euros
Majoration dimanche et jour férié	+19.06 euros	+7.62 euros
Utilisation des outils informatiques ³⁶⁹	Jusqu'à 4620 euros par an	Jusqu'à 590 euros par an
Forfaits (fragilité patientèle etc)	Moyenne de 14640 euros annuels par médecins (CNAM 2016)	non
Rémunération objectifs santé publique (prise en charge de pathologies cibles, prescriptions « efficaces »)	6300 euros annuels si patientèle « de référence »	non
OPTAM (primes pour stabilisation des tarifs en secteur 2) ³⁷⁰	Oui	Pas de secteur 2
Primes à la coordination (obtention de rendez-vous chez un médecin spécialiste)	+5 euros	non
Régulation à l'installation	Non	Oui

Tableau 3 : exemples de différences de dispositions conventionnelles en 2019

NB : Il existe bien d'autres domaines de comparaison possibles comme les taux de prise en charge de cotisations sociales, les congés maternités³⁷¹...

Cette valorisation économique très différente se retrouve alors dans la moyenne des revenus nets avant impôts des auxiliaires par rapport aux ordonnateurs des soins. Pour la documenter, les revenus des kinésithérapeutes, des infirmières (autre groupe professionnel d'auxiliaires conventionnés très important en nombre) et des médecins généralistes français ont été approchés grâce aux données de l'UNASA³⁷².

Année 2019	Recette moyenne	Bénéfice net moyen	Bénéfice moyen du 1 ^{er} quartile	Bénéfice moyen du 2 nd quartile	Bénéfice moyen du 3 ^{ème} quartile	Bénéfice moyen du 4 ^{ème} quartile
Kinésithérapeutes (n=31153)	78 395	40 839	21 142	32 825	43 033	66 451

³⁶⁹ Les Caisses incitent ainsi financièrement à l'équipement des cabinets via des logiciels compatibles permettant la dématérialisation des échanges avec les CPAM (envoi de feuilles de soin, mails sécurisés etc).

³⁷⁰ Il s'agit d'un contrat où le médecin s'engage à limiter ses dépassements, contre rémunération.

³⁷¹ Dans ce domaine, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2017 a accentué le déséquilibre entre médecins et autres professions de santé dans son article 72, en prévoyant une extension du dispositif social maternité/paternité pour les seuls médecins (autour de 3 000 euros sur 3 mois). Si dans la version initiale du PLFSS 2018, l'article 35bis prévoyait un élargissement à l'ensemble des professionnels, il a été expressément supprimé par le gouvernement (via l'amendement n°305) arguant que « *le dispositif est spécifiquement adapté à la situation particulière des médecins* ».

³⁷² L'Union Nationale des Associations Agréées regroupe 85 associations agréées et est présumée fiable : les chiffres fournis sont ceux transmis par les acteurs à l'administration fiscale (les associations agréées servent d'intermédiaires entre les professionnels libéraux et l'administration fiscale. Déclarer une comptabilité sans contrôle d'Association de gestion Agréée entraîne une majoration de 10% sur son impôt). L'UNASA est, par ailleurs, la source disponible la plus riche en termes de nombre d'adhérents.

Infirmières (n=25807)	78 828	45 094	24 189	36 644	47 098	72 130
Médecins généralistes (n=16722)	157 004	90 939	39 701	69 977	96 230	157 743

Tableau 4 : chiffres d'affaires annuels et bénéfices nets avant impôts, en euros, relevés auprès de l'UNASA.

A noter qu'il s'agit uniquement de revenus issus de l'activité libérale. Les revenus salariés sont déclarés directement par le salarié sans passage par un organisme de gestion comptable (plus récemment en pré-déclaration via l'employeur). Les quartiles donnés par l'UNASA ne sont pas les valeurs seuils mais les moyennes de bénéfices de chaque tranche de population (ce qui ne nous permet pas de déterminer précisément la médiane mais donne une idée approchante de celle-ci, via la fourchette entre 2nd et 3^{ème} quartiles).

Afin de mettre à l'épreuve la robustesse des données UNASA, il a été tenté de les recouper avec d'autres sources notamment pour les médecins généralistes (échantillon le moins nombreux des données UNASA). Pour ce faire, il a été réalisé un « coup de sonde » grâce à une publication DREES de 2016³⁷³, indiquant les revenus des médecins généralistes français pour 2011. La DREES propose un revenu moyen de 82 020 euros en 2011, tandis que les données UNASA de 2011 relèvent un bénéfice net d'activité libérale déclaré de 78 867 euros. Bien que minorant les revenus globaux réels, notamment du fait de la non prise en compte d'un part possible et variable d'exercice salarié complémentaire, les données DREES et UNASA concordent. La prépondérance du libéral chez les kinésithérapeutes tend à limiter ces revenus complémentaires non pris en compte et confirme la hiérarchie des revenus proposée pour les libéraux.

Dans tous les cas, ces professionnels de santé libéraux font partie des classes aisées françaises, mais l'écart de revenus entre kinésithérapeutes et médecins généralistes est supérieur à un rapport du simple au double, tandis que la courbe des revenus des kinésithérapeutes et infirmières se croise en 2008 à l'avantage de ces dernières.

³⁷³ DREES, *Le revenu des médecins libéraux*, Paris, coll. « Portrait des professionnels de santé », 2016.

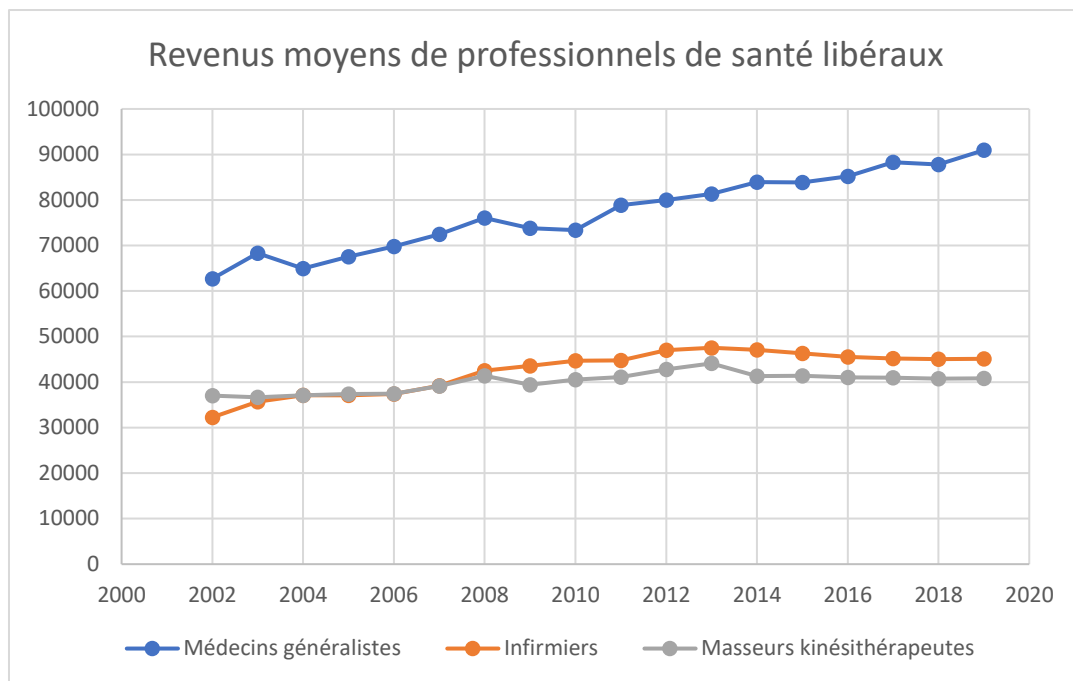


Figure 1 : graphique montrant l'évolution des revenus moyens tirés de l'activité libérale pour 3 métiers (chiffres UNASA, à noter que l'inflation n'est pas prise en compte)

Années	Médecins généralistes	Infirmières	Kinésithérapeutes
2002	62705	32262	37017
2003	68331	35662	36653
2004	64926	37110	37087
2005	67529	37096	37370
2006	69780	37374	37438
2007	72499	39178	39150
2008	76071	42528	41377
2009	73782	43531	39412
2010	73411	44691	40518
2011	78867	44743	41093
2012	79964	46988	42812
2013	81335	47537	44098
2014	83935	47091	41347
2015	83888	46331	41391
2016	85189	45525	41038
2017	88277	45160	40970
2018	87775	45064	40775
2019	90939	45094	40839

Tableau 5 : revenus moyens, nets en euros, avant impôts, tirés de l'activité libérale (source UNASA)

Les médianes auraient été instructives mais n'étaient pas proposées par l'UNASA. Malgré tout, les moyennes donnent une idée des coûts différenciés de chaque corporation si l'on prend en compte l'évolution du nombre d'installés. Ce qui est utile pour comprendre les argumentaires de partage de « parts du gâteau » communs aux administrations et aux corporations pour justifier des clôtures du marché du travail strictes³⁷⁴.

Les kinésithérapeutes exerçant en libéral ont donc des revenus confortables bien que stagnants ces dernières années et inférieurs aux deux groupes professionnels numériquement importants dans les soins de ville, médecins (ici généralistes, mais le constat est extrapolable aux autres spécialités) et infirmières³⁷⁵.

Il est intéressant de noter qu'il y a eu une stratification progressive conduisant à ce résultat. Si l'on s'en tient aux données UNASA citées plus haut, les médecins généralistes avaient un bénéfice moyen de 1,7 fois celui des kinésithérapeutes en 2002, contre 2,2 fois celui des kinésithérapeutes en 2018. Plus encore, selon des documents internes au syndicat de kinésithérapeutes FFMKR³⁷⁶, l'acte moyen kinésithérapique était rémunéré 42,70 francs au 1^{er} janvier 1980, soit un tarif supérieur à celui d'une consultation de médecine générale, fixé alors à 40 francs. Cette différence de tarif ne présume pas de revenus des kinésithérapeutes supérieurs à ceux des médecins, au vu notamment de la durée de consultation et de la fréquence de rendez-vous différente, mais est un bon indicateur de l'évolution différenciée de la reconnaissance financière : aujourd'hui ce rapport est inversé avec un tarif de la consultation médicale (25 euros en 2021) supérieur à celui d'une séance de kinésithérapie (aux alentours de 18 euros³⁷⁷).

³⁷⁴ Pour une analyse complète de ces mécanismes de clôture et des convergences d'intérêts possibles entre corporation médicale et administration se reporter à M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre, op. cit.*

³⁷⁵ Il est plus difficile de comparer les revenus en milieu salarié, du fait des évolutions au cours de la carrière et du poids des pyramides des âges dans ceux-ci. En salariat hospitalier public, la grille indiciaire des kinésithérapeutes est la même que celle des infirmières. Ils ne bénéficient toutefois pas de la plupart des primes et majorations du personnel infirmier (travail « à risque », posté, de nuit, de week-end, postes de 12 heures etc). Pour les kinésithérapeutes exerçant dans les centres pour enfants (convention collective 66 du médico-social) les salaires sont plus faibles encore. Ils sont, à l'inverse, souvent plus élevés dans les centres de rééducation privés orthopédiques ou neurologiques, selon une variabilité en partie attribuable à la loi de l'offre et de la demande. Les salaires médicaux peuvent avoir une variabilité plus grande encore vu la multiplicité des statuts, sans compter les possibilités d'intérim médical. Pour un ordre de grandeur, en 2018, un kinésithérapeute en hôpital public débute autour de 1400 euros nets par mois pour se rapprocher des 2000 euros nets après une dizaine d'années, la grille ne permettant pas de dépasser les 2500 euros nets en fin de carrière. Un médecin praticien hospitalier aura une rémunération nette de base comprise entre 3800 euros au premier échelon et 6600 euros en fin de carrière (source Fédération Hospitalière de France 2018).

³⁷⁶ François DUCROS, Alain BERGEAU, Gérard COLNAT, François MAIGNIEN, Alain POIRIER et Fanny RUSTICONI, *Histoire de la kinésithérapie et de la FFMKR. Savoir d'où l'on vient pour déterminer où l'on va*, Paris, FFMKR, 2020.

³⁷⁷ Calcul réalisé grâce aux données de l'Assurance Maladie, en divisant le montant annuel remboursable moyen et le nombre d'actes remboursables moyens réalisés (« remboursables » et non « remboursés » car l'Assurance Maladie n'a pas de données sur la réalité des paiements ou remboursements mutuels effectués pour le « reste à charge » du tarif conventionnel).

On voit donc que l'administration de l'Assurance Maladie a progressivement intégré les codes néolibéraux, avec une disjonction progressive du financement et de la valorisation entre une élite ordonnatrice (managériale par certains segments, dans leur association avec la CNAM pour réguler leurs auxiliaires) et une masse effectrice des soins. En ce sens l'administration est parti-prenante de la hiérarchisation des métiers soignants.

Si le constat de valorisation inégale de l'ordonnateur et de l'effecteur dépasse largement le cadre de la santé et de la relation médecins-kinésithérapeutes³⁷⁸, il est pourtant moins fréquemment mis en évidence dans le système du travail « professionnel ». Cela interroge d'autant plus que, dans ce mode d'organisation du travail, la frontière entre ordonnateur et effecteur, entre médical et paramédical³⁷⁹ est hermétiquement close. L'acceptation réciproque de ces inégalités de revenus ne repose donc pas sur la perspective de progression dans la hiérarchie bureaucratique (logique du travail bureaucratique chez Eliot Freidson) ou dans la croissance de son commerce (logique du travail organisé par le marché libre chez le même auteur³⁸⁰), qui vaudraient à chaque travailleur valeureux d'atteindre une position plus favorisée. Dans l'organisation professionnelle de la médecine, rien de tout ça. L'ordonnateur reste le médecin, dont le statut reste inaccessible aux effecteurs que sont les paramédicaux³⁸¹. Dans ce cadre, l'inégale valorisation du travail peut être source d'étonnement, comme relevé par Frédéric Worms : *"on peut être frappé, en effet, que les deux risques sociaux du soin, du côté du travail (ou du service), d'un côté, de la compétence (et du pouvoir), de l'autre, se croisent encore, de manière caricaturale, dans la division des tâches au sein du monde médical, entre la part noble de celui ou (trop rarement) de celle qui prescrit le soin, et la part, considérée comme moins noble, de celui ou (trop souvent) de celle qui le dispense"*³⁸². L'explication à cette acceptation réciproque tient alors à l'incorporation des relations de domination par les acteurs, naturalisant et légitimant les inégalités, ici économiques mais qui peuvent être aussi symboliques ou sociales.

³⁷⁸ Ce positionnement se retrouve dans la valorisation économique inégale entre médecins et infirmières. Cette différence entre ordonnateur et effecteur renvoie à la société de classe pensée par Karl MARX, *Le Capitale, livre I*, trad. fr. Jean-Pierre LEFEBVRE, Nouvelle édition., Paris, les éditions sociales, 2016. Bien qu'il existe de nombreux intermédiaires nuanciant l'aspect binaire (les kinésithérapeutes sont un exemple d'intermédiaires entre médecins et aides-soignantes), la pensée marxiste reste intéressante pour ne pas naturaliser cette légitimité à valoriser l'ordonnateur.

³⁷⁹ Le changement de vocabulaire « d'auxiliaire médical » au profit de « paramédical » au tournant des années 2000 a une signification en termes de reconnaissance. Mais la frontière avec le corps médical reste distincte et le changement d'appellation ne s'accompagne pas d'un changement de fonction clair.

³⁸⁰ E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*

³⁸¹ Lors d'entretiens à la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé, la question de la possibilité de Validation des Acquis de l'Expérience pour obtenir le statut de médecin a été posée, entraînant de la part de mes interlocuteurs une moue incrédule, comme si cette simple perspective était par trop inconcevable. Malgré la reprise de cursus complet nécessaire au changement statutaire, il est à noter que quelques kinésithérapeutes ont tenté l'aventure. Ainsi les professeurs Matillon, chef de service de rééducation à Lyon, doyen de la faculté de médecine et conseiller ministériel ou Genet, chef de service de rééducation à Garches, sont-ils d'anciens kinésithérapeutes.

³⁸² Frédéric WORMS, *Soin et politique*, Paris, P.U.F, 2015, p. 30.

Cette situation de domination implique, dans son sens wébérien³⁸³, une acceptation de la part du dominé. On en retrouve la trace dans l'expression utilisée par les kinésithérapeutes les plus anciens de « *papa médecin, maman sécu* ». Cette expression indigène est illustrative d'une convergence d'intérêts entre profession médicale et administration. En plus du contrôle de la thérapeutique via la prescription, les médecins se positionnent historiquement comme intermédiaires légitimes entre les tutelles administratives et leurs auxiliaires. De ce fait, l'autonomie d'exercice est contrainte par la place prépondérante de la médecine dans l'organisation des soins et son rôle, jusqu'à présent préservé, de « gate keeper ». Le désintérêt médical pour ces techniques thérapeutiques, déléguées à des auxiliaires, ne va ainsi pas jusqu'à renoncer au rôle de gardien de la définition de l'état pathologique et de l'organisation du soin en découlant.

Les kinésithérapeutes forment un groupe professionnel construit par délégation médicale sur des techniques dévalorisées ayant traits aux soins de la motricité. Cette proximité historique aux médecins leur donne des avantages concurrentiels face aux autres métiers s'intéressant au même domaine du soin, même s'il est difficile d'établir une hiérarchie claire entre eux. Progressivement, les kinésithérapeutes développent une forme d'autonomie, notamment liée au contrôle sur leurs écoles et à des tentatives de construction d'un savoir universitaire propre (ces deux thématiques sont explorées au chapitre 4). Cette autonomie reste limitée par la domination médicale mais aussi par leur statut institutionnel d'auxiliaires, qui justifie un contrôle resserré de leur travail par l'administration.

b) Possibilités de déplacements limitées dans l'espace social

La place dominée des kinésithérapeutes au sein d'un champ médical très stratifié interroge les possibilités de déplacement. L'organisation professionnelle du travail décourage les ascensions sociales de ses membres : en effet les frontières entre corporations sont importantes et il est difficile de passer d'un métier dominé à un métier dominant³⁸⁴. En réalité, pour se faire, il faut quasiment reprendre le cursus initiatique à ses débuts. Cela représente un « coût de déplacement »³⁸⁵ trop élevé pour la grande majorité des acteurs. Quelles stratégies sont alors mises en place pour atteindre des positions plus enviables ? Parmi les différentes carrières des kinésithérapeutes rencontrés, plusieurs variations seront analysées ici : les déplacements au sein du champ médical (via la spécialisation), pour acquérir plus

³⁸³ M. WEBER, *La domination*, *op. cit.*

³⁸⁴ Arthur Stinchcombe propose justement de caractériser le travail professionnel par sa faible mobilité ascendante et les faibles taux de changements d'activités, parfois compensés par des changements d'employeurs. A. L. STINCHCOMBE, « Social mobility in industrial labor markets », *Acta Sociologica*, XXII-3, 1979, p. 217-245.

³⁸⁵ Si l'approche économétrique et rationnelle n'épuise pas l'explication des déplacements sociaux, en première intention la notion de « coût de déplacement » permet de penser qu'il y a toujours un arbitrage (pas seulement rationnel) entre plusieurs possibles. En l'occurrence le déplacement vers la profession médicale reste marginal. R. H. COASE, « The Nature of the Firm », *Economica*, 4-16, 1937, p. 386-405.

d'autonomie, les tentatives d'en sortir pour exercer dans un espace proche mais distinct (investir le l'espace des sports) ou encore la migration vers l'étranger, dans des pays où la position des kinésithérapeutes semble moins dominée par la profession médicale.

-La spécialisation kinésithérapique donne à voir un gain d'autonomie via le choix de son interlocuteur médical.

-La pratique auprès de sportifs permet de s'inscrire dans un espace où la domination médicale se fait moins forte.

-La pratique à l'étranger donne à voir le déplacement géographique comme possibilité de rester dans le même domaine du soin, mais au sein d'une nouvelle corporation nationale jugée plus désirable.

D'autres déplacements sont possibles, notamment à travers la représentation syndicale, l'encadrement administratif, l'enseignement ou encore la recherche. Les trois déplacements « horizontaux »³⁸⁶ ici analysés sont cependant heuristiques pour comprendre la place sociale de la kinésithérapie, dans un champ médical complexe, en lien avec un espace des sports historiquement proche et selon un titre protégé par l'Etat.

La spécialisation en pédiatrie, choisir ses médecins pour une plus grande autonomie

Les spécialisations sont assez nombreuses en kinésithérapie. Certaines, comme l'ostéopathie, peuvent même donner lieu à constitution d'un métier autonome. D'autres suivent le découpage médical et la spécialisation par organe (la rééducation vestibulaire³⁸⁷) ou par tranche d'âge. C'est ici la spécialisation pédiatrique qui va soutenir l'analyse. Elle présente plusieurs caractéristiques, comme le fait d'être une spécialité plutôt dominée et féminine chez les médecins, d'être une spécialité historique³⁸⁸ plutôt plébiscitée chez les kinésithérapeutes (sans doute elles aussi féminines³⁸⁹) et d'avoir un embryon de

³⁸⁶ Les déplacements « horizontaux » des personnels soignants, sans progressions hiérarchiques claires, sont étudiés chez les aides-soignantes par Anne-Marie Arborio. Elle montre qu'ils sont dus à des contextes institutionnels mais aussi aux dispositions sociales des agents. Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2001, p. 261-291.

³⁸⁷ Le vestibule contrôle une grande part de l'équilibre.

³⁸⁸ Pascal BRIER et Jacques DEFRANCE, « La production de gymnastiques médicales pour les enfants malades hospitalisés au XIX siècle : spécialisation médicale et différenciation des gymnastiques », *Sciences sociales et sport*, 5-1, 2012, p. 13.

³⁸⁹ Les spécialités n'étant pas reconnues, elles ne sont pas comptabilisées. Aussi il n'existe pas, à ce jour, de décompte genré sur les kinésithérapeutes exerçant en pédiatrie. Une approche peut être proposée via une pétition organisée en 2019 pour réclamer une revalorisation des actes de rééducation pédiatrique (diffusion de proche en proche et via des groupes thématiques sur les réseaux sociaux). Sur 95 kinésithérapeutes signataires, 80 étaient des femmes.

reconnaissance institutionnelle³⁹⁰. Un investissement dans du matériel particulier³⁹¹, des formations complémentaires et un réseau d'interconnaissance en marge des autres domaines de la kinésithérapie (interconnaissance avec les pédiatres et les travailleurs des structures de prise en charge de l'enfance³⁹²) singularisent cette pratique et signent une réelle prise de distance vis-à-vis de la pratique généraliste. Cette spécialisation permet alors de choisir les médecins de tutelle, notamment au profit de médecins plus éloignés de la rééducation et laissant des marges d'autonomie aux kinésithérapeutes. Cela sera documenté à travers l'analyse de la pratique de prescription d'ordonnance et à travers le développement d'un bilan partagé par les pédiatres et les kinésithérapeutes pédiatriques.

³⁹⁰ Cette pratique rééducative particulière a une reconnaissance administrative, bien que discrète : en libéral, la nomenclature 2021 des actes remboursables établit les actes réalisables par les kinésithérapeutes et ouvrant droit à remboursement pour le patient (ou à tiers payant directement au praticien). Celle-ci décrit donc les actes en fonction des localisations des atteintes (membres, troncs), des appareils (respiratoires, cardio-vasculaires), de leur classement médicale (neurologie, rhumatologie) ou, dans certains cas, des situations pathologiques particulières :
-Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis AMS 7.5 (16.13euros)
-Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile AMK 11 (23.65euros)
-Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose AMK 10 (21.50euros)
-Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson AMK8.3 (17.85euros)

Des cotations spécifiques à certaines pathologies infantiles existent donc, ce qui ne signifie pas, en soi, que ces actes soient réalisés par des praticiens distincts. Cette distinction est en partie reconnue par l'avenant 5 de la convention nationale détaillant les relations des masseurs-kinésithérapeutes avec l'Assurance Maladie : cet avenant acte la création de zones sur-dotées dans lesquelles les kinésithérapeutes ne peuvent pas s'installer sous convention, en l'absence d'un départ de confrère. Des dérogations peuvent exister, cependant, pour certains actes « spécifiques » dont la pratique de la kinésithérapie pédiatrique. Ainsi, ces praticiens sont identifiés comme différents.

³⁹¹ Il existe une partition géographique et matérielle au sein d'un cabinet de kinésithérapie. La rééducation des hémiplésiques se fait difficilement dans la même pièce que la rééducation uro-périnéale ou des troubles vestibulaires. Il y a une organisation de l'espace propre à chaque type de travail, avec des pièces closes comportant un matériel souvent constitué de sondes et de feed-back via monitoring pour les rééducations périnéales, des pièces où toute lumière extérieure peut être occultée au profit de projecteurs lumineux divers pour déstabiliser les sensations de verticalité pour les rééducations vestibulaires, des espaces proches des gymnases pour la gymnastique corrective... Ces nécessités incitent à la spécialisation de par la simple rentabilisation d'un espace professionnel dédié. Ainsi, la rééducation pédiatrique nécessite des pièces larges, où les enfants peuvent se mouvoir, avec des tapis de sols ou des grands plans (appelés « plans de Bobath ») pour leur permettre de ramper, marcher à 4 pattes ou apprendre à se lever en relative sécurité. Ces lieux sont pourvus en jouets sonores, lumineux, tactiles, en grand nombre pour convenir aux différents âges possibles, et comportent aussi des coussins et divers accessoires pour créer des parcours de motricité variés. Ces choix matériels entraînent un ciblage des patients adaptés.

³⁹² Les relations avec des soignants de diverses corporations participent à cette spécialisation informelle. En effet, lors d'observations en consultations pédiatriques de suivi post hospitalier (CHU B), j'ai pu voir des pédiatres conseiller d'emblée le recours à certains kinésithérapeutes spécialisés, comme plus à même de prendre en charge les bébés pour qui ils prescrivaient de la rééducation. D'autres pédiatres n'établissaient pas ces conseils d'emblée mais étaient parfois sollicités par les patients pour connaître « les bonnes adresses ». Parfois, ce ne sont pas les pédiatres mais les puéricultrices, très présentes dans les centres PMI (protection maternelle et infantile) ou d'autres structures mères-enfants, qui peuvent participer à ces indications. Enfin, entre kinésithérapeutes eux-mêmes, l'interconnaissance fait qu'au sein d'une même communauté géographique les acteurs savent qu'un tel ou un tel a plutôt telle « orientation » et, dans les cas de non concurrence, ont tendance à renvoyer les patients vers une prise en charge considérée comme plus légitime. Ces pratiques peuvent être vues comme une sorte de dons-contre dons pour les kinésithérapeutes, ou comme un moyen de garder une maîtrise sur le parcours de « son » patient pour les autres soignants.

Déjà évoquée dans la thèse « le sens des limites » de Christophe Gaubert³⁹³, la prise en charge kinésithérapique de l'enfant permet d'analyser les relations interprofessionnelles à travers un exemple concret de travail. Christophe Gaubert décrit longuement une suite de séances de kinésithérapie respiratoire du nourrisson. Celles-ci se déroulent dans un premier temps dans un cabinet de kinésithérapie généraliste, puis, lors de la garde de week-end, dans un cabinet plus spécialisé. En comparant les deux, Christophe Gaubert analyse que la pratique spécialisée confère à la seconde kinésithérapeute plus de légitimité et un travail visiblement plus valorisé (le cabinet lui semble plus « bourgeois ») que la première praticienne généraliste. Depuis son axe d'analyse faisant la part belle à la domination symbolique, il précise que cette légitimité se fait par procuration du pouvoir médical (affichage de photo de la kinésithérapeute spécialisée en situation hospitalière).

Si cette analyse reste pertinente 20 ans après, il convient d'affiner de quel pouvoir médical il s'agit. Les médecins sont eux-mêmes segmentés en de nombreuses spécialités, qui peuvent avoir des relations différentes aux kinésithérapeutes, eux-mêmes spécialisés ou non. Pour le mettre en évidence, je me suis intéressé aux liens de prescription qui matérialisent la domination des médecins sur les kinésithérapeutes dans le travail quotidien de ville. La prescription est sans doute l'un des instruments les plus importants de cohésion de la profession médicale. Comme analysé par Philippe Masson³⁹⁴, elle est un outil d'indépendance face aux Caisses d'Assurance Maladie et de contrôle des auxiliaires du champ médical. C'est donc le médecin, via l'ordonnance, qui autorise ou non la réalisation de soins de kinésithérapie, en fonction des patients.

La prescription est aujourd'hui encore nécessaire pour débiter les séances mais ne doit contenir que l'indication (le motif) de consultation d'un kinésithérapeute³⁹⁵, alors qu'elle était à la fois quantitative (le nombre de séances demandées) et qualitative (le contenu détaillé des séances et des actes à réaliser par les kinésithérapeutes) avant les années 2000 :

Olivier : on avait [dans les années 1990] un statut d'auxiliaire médical, c'est à dire exécutant d'une prescription qualitative et quantitative. Petit A, petit B, petit C, puis vous appliquez les techniques qu'on vous a appris à l'école et puis voilà. Et on nous demandait pas forcément de réfléchir, ni rien du tout. Euh... Quand on se retrouvait devant les patients, on s'apercevait que c'était pas tout à fait ça la vraie problématique, on traitait des patients, des êtres humains, que... Appliquer des techniques ça marchait pas... à tous les coups... Et donc il y avait un vrai travail de professionnel de santé, de... Mais qui n'était certainement pas bien pris en compte dans la formation et certainement pas dans la réglementation. Je souhaitais une émancipation par

³⁹³ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit, p. 69-258.

³⁹⁴ Philippe MASSON, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, 83-3, 2011, p. 33.

³⁹⁵ A noter que la loi portée par la députée Stéphanie Rist « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » du 26 Avril 2021 autorise les kinésithérapeutes à décider seuls du renouvellement des prescriptions reçus dans un délai d'un an. Il n'est pas encore possible d'analyser comment les Caisses d'Assurance Maladie prendront en compte ces possibilités. A noter que ce qui est une avancée pour la corporation des kinésithérapeutes est le résultat de luttes sévères, comme en témoignent les rejets d'amendements plus permissifs, déposés en faveur d'un accès direct, sans prescription, aux kinésithérapeutes.

rapport à la prescription déjà, parce que les prescripteurs ne connaissaient pas forcément la kinésithérapie donc on se demandait pourquoi ils allaient nous prescrire en détail 10' de paraphango, c'était d'un ridicule consommé mais... 5' de massage. 1/4 de mobilisation passive, voilà bref. Donc... Je trouvais qu'il fallait faire évoluer ce cadre désuet qui datait de 46 [...] Certains [médecins] nous disaient « mais de quoi vous vous plaignez... Vous êtes... C'est pas péjoratif, vous êtes effectivement des auxiliaires médicaux mais les pharmaciens c'est pareil on leur prescrit des médicaments et voilà, ils exécutent. Donc si vous voulez effectivement avoir une réflexion, un diagnostic... le... Et ben il faut faire médecine ».

Entretien avec Olivier, ancien président de syndicat et responsabilités nationales au CNOMK. Diplômé en 1976, engagé syndicalement à partir de 1986, 21/12/2018.

Ce représentant des kinésithérapeutes pointe l'illégitimité supposée des médecins à connaître les actes des kinésithérapeutes et donc la nécessité de l'évolution vers une liberté de choix pour les auxiliaires. Pourtant, dans la réalité, d'une part si l'indication qualitative (ce que doit faire le kinésithérapeute) a souvent disparu des ordonnances, le constat est moins clair quant aux indications quantitatives (le nombre de séances nécessaires). D'autre part, les pratiques peuvent être différentes selon les spécialités des médecins et des kinésithérapeutes.

Pour documenter le cas d'une pratique spécialisée, une analyse rétrospective des ordonnances médicales reçues pour l'année 2019 sur l'ensemble du cabinet de kinésithérapie libérale où j'exerce (nous étions, en 2019, 4 kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie) permet d'illustrer le maintien d'un contrôle médical du nombre de séances délivrées (ordonnances quantitatives) mais plus lâche du point de vue des thérapeutiques à administrer (peu d'ordonnances qualitatives) :

Type d'ordonnances ³⁹⁶	Quantitatives en nombre de séances (ex : faire 10 séances)	Quantitatives en durée de traitement (ex : faire 1 mois de kinésithérapie)	Qualitatives	Quantitatives et qualitatives	Sans indications quantitatives ou qualitatives
Nombre d'ordonnances	241	39	4	20	106
Pourcentages	58.8%	9.5%	1%	4.9%	25.9%

Tableau 6 : décompte des ordonnances d'un cabinet de rééducation pédiatrique pour 2019.

³⁹⁶ Il est ici entendu par « quantitatives en nombre de séances » les ordonnances indiquant un nombre de séances : « réaliser 15 séances de rééducation ». Par « quantitatives en durée de traitement » les ordonnances indiquant une durée : « réaliser de la rééducation pendant 1 mois ». Par « qualitatives » les ordonnances indiquant le contenu de la rééducation « réaliser des mobilisations passives de l'épaule droite ». Par « quantitatives et qualitatives » les ordonnances associant une notion de durée ou nombre de séance et de contenu, « réaliser 15 séances de mobilisations passives de l'épaule droite ». Les ordonnances « Sans indications » sont celles qui précisent simplement le problème médicale « rééducation pour infirmité motrice cérébrale » sans notion de nombre de séances ou de contenu.

L'analyse globale du tableau montre que malgré la possibilité légale de réaliser des ordonnances sans indications contraignantes (nombre quantitatif de séances ou contenu qualitatif des séances) une grande partie des ordonnances conservent ces indications³⁹⁷.

Le faible nombre d'ordonnances qualitatives permet leur analyse. Il s'agit, dans tous les cas, d'ordonnances émanant de praticiens hospitaliers³⁹⁸ spécialisés en chirurgie et en médecine physique et réadaptation (pédiatrique). Alors que les pédiatres fournissent quant à elles l'essentiel des prescriptions de ce cabinet spécialisé, une seule de ces spécialistes a fourni quelques ordonnances qualitatives (il s'agit d'une pédiatre hospitalière coordinatrice de réseau de soin, spécialement formée et attentive aux besoins de rééducation dans le cadre de ses missions).

Ainsi, plus la spécialité médicale est proche de la rééducation³⁹⁹, plus les prescriptions tendent à rester qualitatives : c'est ce qu'on retrouve dans des prescriptions de chirurgiens et de MPR. Ces praticiens se considèrent légitimes pour suggérer des orientations thérapeutiques aux kinésithérapeutes⁴⁰⁰, ce qui peut être moins les cas pour les autres prescripteurs, notamment libéraux « généralistes » (la pédiatrie étant sous cet angle d'analyse assimilable à un soin généraliste de l'enfant). Ces derniers n'ont pas le retour sur l'activité thérapeutique réelle des kinésithérapeutes que peuvent avoir les hospitaliers de spécialités directement en lien avec la rééducation, qui disposent de leurs propres auxiliaires kinésithérapeutes in situ.

L'intérêt de prescriptions détaillées, pour les médecins qui se sentent légitimes, est de conserver une maîtrise -théorique- du traitement et de le faire savoir aux kinésithérapeutes avec qui ils collaborent, mais aussi aux patients qui reçoivent les ordonnances. Tandis que pour les médecins moins au fait du contenu du traitement « kinésithérapique », une des explications au libre arbitre laissé aux kinésithérapeutes pourrait être l'évitement d'un désaveu de la thérapeutique proposée par un (semi) pair. En effet, des propositions de techniques par des médecins peu au fait des actualités rééducatives pourraient être disqualifiées par les kinésithérapeutes, qui pourraient choisir de les ignorer pour faire leurs propres choix thérapeutiques (ce qui est légalement autorisé). Dans ce cas, bien que dominés, les

³⁹⁷ La part d'ordonnances sans indications quantitatives ou qualitatives est toutefois sous-estimée. En effet, le travail sous prescription d'un médecin avant remboursement par les Caisses de Sécurité Sociale n'est pas le seul mode d'exercice possible. Dans notre cas, une part non négligeable (15%) de l'activité se réalise auprès d'enfants adressés par des structures « de soins de jour », « d'hospitalisation à domicile », « de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile », « d'instituts médico éducatifs » ou « de foyers de l'enfance ». Dans ces structures, les soins sont décidés par conventions, toujours avec l'aval d'un médecin référent attaché mais généralement sans ordonnance à proprement parler.

³⁹⁸ Sauf une, d'un chirurgien orthopédique, dont l'ordonnance est à l'entête de son cabinet de ville, ce qui ne présume pas de son lieu réel d'exercice.

³⁹⁹ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit.

⁴⁰⁰ Le terme de « suggérer » dans le cadre d'une « ordonnance » peut sembler un doux euphémisme. Il nous semble néanmoins utilisable dans la mesure où ces praticiens, notamment MPR pédiatriques avec qui la collaboration est proche, ancienne et continue, ne sont pas dupes de la bonne et obéissante application de leurs préceptes. Ainsi ils sont régulièrement demandeurs de bilans et de retours sur notre activité pour savoir ce qui a été réalisé avec les enfants concernés.

kinésithérapeutes pourraient paraître plus légitimes aux patients quant aux choix de leurs techniques et ainsi affaiblir la relation médecin-patient⁴⁰¹. Dans ce cadre-là, l'absence de détails augmente la cohésion entre soignants aux yeux des patients.

A titre de comparaison, j'ai mené l'enquête dans un autre cabinet de kinésithérapie, à orientation généraliste. L'accès aux ordonnances médicales, sans être impossible, notamment via le biais de l'administration⁴⁰², peut être délicat, au vu des protections de type « secret professionnel » les entourant. Aussi, le choix a été fait d'une recherche au sein de mon cercle social, pour proposer l'analyse des ordonnances d'un praticien en fin de carrière (homme, diplômé en 1977, de l'école de kinésithérapie de la région, il a toujours exercé dans sa ville d'origine), exerçant une kinésithérapie « généraliste », avec toutefois une prédominance des pathologies rhumatologiques ou traumatologiques (entorses)⁴⁰³.

Type d'ordonnances	Quantitatives en nombre de séances	Quantitatives en durée de traitement	Qualitatives	Quantitatives et qualitatives ⁴⁰⁴	Sans indications quantitatives ou qualitatives
Nombre d'ordonnances	286	3	4	105	22
Pourcentages	68,1%	0,7%	1%	25%	5,2%

Tableau 7 : décompte des ordonnances d'un cabinet de rééducation généraliste pour 2018⁴⁰⁵.

⁴⁰¹ Patrick CASTEL, « Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p. 443. Sur la légitimité perçue par le patient, la thèse de C. Gaubert (C. GAUBERT, *Le Sens des limites, op. cit.*) présente la situation inverse d'une perception comme non légitime de la remise en cause par une kinésithérapeute du choix médicamenteux fait par le médecin.

⁴⁰² P. MASSON, « La prescription des médecins généralistes », art. cit.

⁴⁰³ Il exerce dans un cabinet de la même zone géographique que moi, ce qui explique notre interconnaissance. Il permet un contraste par rapport à la situation du cabinet de pédiatrie, spécialisé, de groupe, avec des praticiens plus jeunes. Il peut aussi mieux correspondre à la représentation du kinésithérapeute de la fin du XX^{ème} siècle : un exercice masculin isolé « généraliste » avec une forte proportion de problèmes de dos ou d'entorses de cheville. Il ne pratique pas de dépassements d'honoraires mais peut parfois faire se « chevaucher » plusieurs patients en même temps pour améliorer son revenu. Certains sont alors autonomes sur des exercices pendant qu'il s'occupe de l'un d'eux plus en détail. L'âge moyen de ses patients se rapproche des moyennes générales selon ses données SNIR (Système National Inter Régime, qui répertorie les actes facturés aux caisses d'assurance maladie) 2018 qu'il a bien voulu me communiquer.

⁴⁰⁴ Le classement comme « ordonnance qualitative » n'est pas toujours évident, encore plus dans ce deuxième terrain, du fait de la très grande variabilité des demandes. Certains intitulés, se réfèrent pourtant à des actes thérapeutiques, n'ont pas été classés comme qualitatifs. C'est le cas notamment des intitulés jugés comme généralistes (« massage rééducation ») ou comme assimilation de la pathologie avec la technique de soin (« drainage des membres inférieurs » au lieu de « problèmes circulatoires »)

⁴⁰⁵ Le décompte a été fait pour l'année 2018 (l'année 2019 n'ayant pas été archivée au moment de la demande, en juillet 2020, mais ces deux années ne semblent pas présenter de différences d'exercice substantielles). Une remarque doit être faite sur le nombre de prescriptions, 420 pour le cabinet généraliste uni-praticien, 410 pour le cabinet pédiatrique avec 4 praticiens. Cette différence d'ordonnances par nombre de praticiens s'explique par la conjonction de trois phénomènes : Une activité plus élevée du cabinet généraliste, avec une acceptation des soins à plusieurs patients simultanément, phénomène accentué par des tarifs plus faibles qu'en pédiatrie. Des prises en charge en partie hors du circuit prescriptif conventionnel dans le cabinet de rééducation pédiatrique, passant ainsi

Dans ce second cas, il existe une différence dans le type de prescriptions reçues : les ordonnances sans indications quantitatives ou qualitatives sont bien moins nombreuses (5,2%), tandis que les ordonnances qualitatives, détaillant les actes et techniques à utiliser sont en nombre significatif (25%) alors qu'elles étaient marginales dans le cabinet de rééducation pédiatrique. En plus du poids différent de celles-ci, marquant une forme de domination variable selon les segments de la kinésithérapie, les médecins qui s'aventurent sur le terrain du détail de la séance de kinésithérapie généraliste sont différents :

-25 de ces médecins sont spécialistes (11 chirurgiens, 8 rhumatologues, 3 MPR, 1 pneumologue et 1 gériatologue), rejoignant par là le constat que les spécialités médicales habituées à collaborer⁴⁰⁶ avec des kinésithérapeutes se trouvent plus légitimes pour imposer les détails thérapeutiques.

-30 de ces médecins sont généralistes⁴⁰⁷, ce qui change par rapport au cabinet spécialisé et à la proposition de non légitimité des généralistes vis-à-vis des pratiques kinésithérapiques. On peut alors supposer que certaines pathologies fréquentes (entorses) sont bien bornées dans les recommandations thérapeutiques et que les médecins généralistes les voient suffisamment souvent et ont une vision suffisamment nette des pratiques dans ces cas pour se sentir légitime à dicter les actes du kinésithérapeute⁴⁰⁸.

Ces prescriptions qualitatives sont reçues avec désinvolture par le kinésithérapeute généraliste : « *oui je les lis. Si c'est bien, je fais, rarement tout, je dis au patient, si je fais tout, je vais vous tuer... Parfois c'est vraiment n'importe quoi, alors là je le dis au patient et on fait autrement* ». Cela rejoint le constat d'écart entre le prescrit et le réel⁴⁰⁹ et souligne la faible prise effective du médecin sur la thérapeutique rééducative.

sous silence une partie de l'activité analysable par les ordonnances (paiements directs des structures types SESSAD ou IME). Possiblement, mais sans certitude, des prises en charge plus longues dans le cabinet de pédiatrie donc nécessitant moins d'enregistrements d'ordonnances nouvelles (moins de turn-over de patients).

⁴⁰⁶ Le choix de « collaborer » plutôt que « diriger » permet de souligner l'interdépendance entre kinésithérapeutes et médecins de spécialités. Les suites opératoires en chirurgie (orthopédique au premier chef) dépendent grandement des récupérations physiques (musculaires, mobilités) tout comme la partie thérapeutique faisant suite aux diagnostics rhumatologiques ou aux bilans des MPR. Malgré la domination, cette interdépendance est source de pouvoir pour les kinésithérapeutes, comme le rappelle l'approche de Michel Crozier. Michel CROZIER, *Le phénomène bureaucratique: essai sur tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Ed. du Seuil, 1971..

⁴⁰⁷ Le terme « généraliste » peut toutefois recouvrir des réalités diverses. Sur les 30 généralistes ayant rédigé des ordonnances « qualitatives », 9 d'entre eux font montre d'une spécificité d'exercice telle « homéopathie », « vertébrothérapie », « médecine du sport » qui peuvent les rapprocher de spécialistes en lien avec la rééducation.

⁴⁰⁸ L'absence de filière de soin organisée (réseaux de soins institutionnalisés ou interconnaissance fine des acteurs) peut aussi expliquer ces attitudes : il pourrait régner une certaine confiance entre des médecins pédiatres et des kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie identifiés sur la « qualité » de la rééducation menée, permettant de se passer de détails, ce qui ne serait pas le cas dans le cas général où le patient est laissé à lui-même quant au choix de son kinésithérapeute. Le médecin pourrait chercher à réduire l'incertitude sur le destinataire de son ordonnance par la précision des techniques à adopter par celui-ci. Ce n'est pourtant pas l'argument le plus probant ici, le cabinet de rééducation pédiatrique reçoit aussi des prescriptions d'enfants suivis par des médecins généralistes, sans interconnaissance, sans pour autant qu'ils ne précisent le contenu des actes de rééducation.

⁴⁰⁹ Stéphane BALAS, « Kinésithérapeute, un métier de référence », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 12-2, 2011, p. 223.

Dans les deux cas, kinésithérapie spécialisée ou généraliste, une forme de domination médicale perdue par la faible adoption par les médecins de l'ordonnance sans indication quant au contenu ou au nombre de séance. A noter qu'un troisième acteur, l'Assurance Maladie doit être pris en compte : il est possible que l'ordonnance détaillée assure à l'ordonnateur et à l'effecteur des soins que l'Assurance Maladie ne vienne pas s'immiscer et rejeter la demande de soin, en diminuant les possibilités d'interprétations défavorables⁴¹⁰. La notion de « durée de validité » de la prescription, pourtant absente des textes, quant à elle, peut être lue comme une clause de revoyure, à la fois vis-à-vis du kinésithérapeute, qui est poussé à réévaluer ses actes à la date ainsi prévue, que du patient, qui doit retourner faire un point médical à ce moment-là. Bien que dans une situation plus asymétrique, ce procédé n'est pas sans rappeler le constat de Patrick Castel quant à la volonté du médecin de premier recours de conserver le contrôle de la trajectoire du malade face à ses pairs spécialistes⁴¹¹. Il pourrait s'agir là de ne pas laisser la partie thérapeutique du soin prendre le pas de manière définitive sur la partie diagnostique, y compris dans l'évaluation de l'évolution. Ainsi, la notion de durée laisse le kinésithérapeute libre de son traitement, de son intensité notamment, mais dans un laps de temps donné avant nouveau diagnostic et pronostic. Dans l'idée d'un diagnostic perçu comme quelque chose de dynamique et évolutif, la durée de traitement reste un sujet sensible pour le corps médical qui souhaite y conserver un rôle. Une brèche très légère dans ce contrôle médical français sur la thérapeutique est ouverte en 2020. Des expérimentations sont permises concernant l'accès direct aux kinésithérapeutes. Ainsi deux arrêtés du 06 Mars 2020 prévoient que les kinésithérapeutes puissent recevoir et rééduquer directement les patients suite à des entorses de cheville aiguës et des lombalgies aiguës (inférieures à 4 semaines)⁴¹². Néanmoins il s'agit d'une liberté conditionnelle, au vu des structures éligibles à ces expérimentations : les maisons de santé pluridisciplinaires ou les hôpitaux, supposés donc comporter au moins un médecin. De plus, ces expérimentations nécessitent une déclaration et des mises à jour régulières de situation auprès de l'ARS.

La différence entre les deux cabinets tient à la plus grande automaticité de la liberté de choix thérapeutiques accordée aux kinésithérapeutes spécialisées. Cela est dû, sans doute, à une relation de

⁴¹⁰ Les nomenclatures qui établissent les actes paramédicaux remboursables sont anciennes, datant de 1989 et peu remises à jour pour les kinésithérapeutes. En pédiatrie notamment, certains actes autour de la prématurité ne sont pas codifiés pouvant mener à des tensions entre kinésithérapeutes et Caisses. Des observations au sein de réunions d'un réseau de périnatalité régional montrent des discussions entre kinésithérapeutes et médecins pédiatres pour s'accorder sur des modes de rédaction d'ordonnance recevables par les Caisses. Les médecins peuvent alors être tentés de détailler en contenu et en quantité les ordonnances de rééducation.

⁴¹¹ P. CASTEL, « Le médecin, son patient et ses pairs », art. cit.

⁴¹² Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle » et arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ». De manière globale, la séparation, somme toute un peu artificielle, entre diagnostic et thérapeutique peut expliquer l'autonomisation progressive des acteurs de la thérapeutique : ils s'emparent empiriquement d'une forme de diagnostic qui, pour certains actes bénins, les autorisent finalement à se passer d'une tutelle savante. De manière plus conjoncturelle, la thématique de la pénurie médicale a été majeure pour justifier de décharger les médecins de tâches bénignes, routinières mais chronophages

confiance tissée entre praticiens spécialisés peu nombreux et créant plus facilement une interconnaissance, mais aussi à la plus grande distance qui existe entre certaines spécialités médicales et la rééducation motrice. En choisissant comme tutelle des médecins peu au fait de leurs pratiques, certaines spécialisations kinésithérapiques permettent aux acteurs de se dégager des marges d'autonomie formelles, le choix thérapeutique leur étant systématiquement laissé (alors que le kinésithérapeute généraliste a des marges d'autonomies plus informelles, il applique ou non la prescription).

Ainsi, le kinésithérapeute peut tenter d'horizontaliser sa relation au prescripteur en se posant comme une forme de spécialiste. Il échappe alors en partie à sa condition d'auxiliaire d'un médecin connaisseur de son activité et qui lui délègue le « sale boulot »⁴¹³. Cette spécialisation de la compétence permet d'amoinrir la relation de domination, par la mobilisation d'un savoir propre distinct du segment de la profession médicale avec qui le kinésithérapeute est en lien. Julien Prud'homme évoque ce savoir distinctif comme un mode de « contournement » du pouvoir médical important dans le processus de professionnalisation de la filière au Québec : « *Pour contourner la domination des médecins sur les clientèles établies, [elles⁴¹⁴] n'ont souvent d'autres choix que d'explorer de nouvelles avenues. Cet élargissement « par contournement » des expertises paramédicales, moins spectaculaires qu'un conflit frontal avec la médecine, nous renseigne néanmoins sur les mécanismes les plus implicites, mais souvent les plus décisifs, de l'expansion des territoires de soins* »⁴¹⁵.

Dans le cas particulier de la pédiatrie, il s'agit majoritairement de praticiennes, qui collaborent avec d'autres praticiennes. Cette condition de spécialité féminine contribue à une sélection genrée des praticiennes la choisissant :

Lidia: « *j'avais une prof en pédiatrie qui était vraiment géniale et du coup j'hésitais entre pédiatrie et sport.*

Enquêteur : *D'accord, parce que le prof était bien, aussi, en sport ?*

Lidia : *Non, parce que du coup j'aimais bien, je me disais que ça pouvait être intéressant aussi d'avoir... Ben pareil... Un contact différent, de bouger, de suivre peut-être une équipe. Après en tant que fille c'était peut-être un peu compliqué mais sinon je trouvais que c'était sympa d'être soit sur du sport parce que c'était des soins... C'était aussi différent, soit avec des enfants.*

Enquêteur : *Pourquoi en tant que fille c'était compliqué ?*

Lidia : *Ben le contact... en fait, pendant les stages c'était un peu compliqué avec les hommes, ben ils me demandaient mon numéro ou des rendez-vous, des trucs, je supportais pas, c'était horrible mais du coup ça m'a décidé pour la suite. Donc c'est vrai que pendant les stages j'avais déjà eu des... Des... C'était le premier stage que je faisais en hôpital, j'étais sur le plateau technique [au CHUA A]... Et j'en ai eu plusieurs dont un qui me harcelait, qui m'appelait tout le temps pour avoir... Enfin il avait un truc, un souci, il avait un retard mental mais du coup je voulais pas du tout ça quoi. Donc je m'étais dit ça c'est un peu compliqué.*

Enquêteur : *On parle des patients là c'est ça ?*

Lidia : *Oui, oui, c'était des patients. Donc déjà ça, ça m'avait un peu refroidi... Au niveau du contact avec les gens. Et puis moi j'arrivais à mettre une barrière mais j'étais surtout gênée*

⁴¹³ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit., p. 75-87.

⁴¹⁴ Au Québec la profession est majoritairement féminine et c'est ce genre qui est retenu par Julien Prud'homme dans sa rédaction.

⁴¹⁵ J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit., p. 14.

quoi. Donc c'est vrai que là ça m'embêtait un peu et puis c'est vrai qu'après ça c'est tellement fait facilement avec les enfants et puis ça m'a plu quoi donc j'ai plutôt continué la dedans.

Entretien avec Lidia (10.04.2019), kinésithérapeute d'une trentaine d'année, de nationalité espagnole, ayant grandi en France (mère célibataire, profession intellectuelle supérieure) avant de faire ses études de kinésithérapie en Catalogne (projet dès le secondaire) et de revenir en France exercer en pédiatrie libérale

Dans ce témoignage, les deux options, sport ou pédiatrie sont décrites comme des soins « différents » sans plus de précisions. On voit toutefois qu'il s'agit de domaines « spécialisés », par opposition au cœur habituel du métier. La pédiatrie présente alors un intérêt supplémentaire : l'esquivement du contact masculin. Dès sa codification en 1946, la réglementation de la kinésithérapie est vue comme un moyen de lutter contre une forme de prostitution déguisée⁴¹⁶. Si ces pratiques semblent ne plus avoir besoin du terme de « masso-kinésithérapie » pour se dissimuler, il n'en reste pas moins que la pratique du massage ou des mobilisations exigent un contact physique avec le corps du malade qui peuvent être prétextes à tentatives de « séduction », notamment de patients masculins envers des soignantes. Les praticiennes peuvent alors adopter plusieurs stratégies pour supprimer ces interactions non souhaitées. La pratique de la pédiatrie est alors une ressource pour diminuer le contact avec les hommes : les patients touchés sont des enfants, les accompagnants souvent les mères, les autres soignants souvent des soignantes.

Dans le même temps, les pédiatres sont elles aussi majoritairement des femmes, ce qui diminue l'écart dû à la domination professionnelle. Geneviève Picot montre ainsi que la féminisation de la médecine a contribué à une plus grande proximité et concurrence entre infirmières et femmes médecins, bien que la domination de classe reste un marqueur décisif⁴¹⁷. Bien que la condition féminine des pédiatres ne soit pas la seule variable explicative, c'est une caractéristique bien présente dans la négociation d'espaces d'autonomie par les kinésithérapeutes.

Sur 12 entretiens menés avec des kinésithérapeutes pédiatriques (11 femmes), les explications données à ce choix de spécialisation sont la rencontre avec un professeur mentor, un travail pluridisciplinaire (c'est-à-dire dans une relation horizontale avec les psychomotriciennes ou les orthophonistes) ou la stimulation intellectuelle d'un exercice à approfondir (par opposition à un exercice généraliste vu par ces kinésithérapeutes comme condamnant à une compétence moyenne sur tout le domaine).

Si la volonté d'autonomie n'est pas au préalable de la spécialisation, elle est plutôt induite par celle-ci, au fur et à mesure du gain de compétences, expérientielles par le travail quotidien mais aussi sous forme

⁴¹⁶ Préambule de la loi de 1946 :

« En vue d'organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays, afin d'en assurer la valeur et l'efficacité, l'Assemblée Nationale Constituante ont mis à l'étude un certain nombre de projets réglementaires l'exercice des professions médicales ou paramédicales ou encore le service social. 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 clandestine. ». Cette préoccupation est aussi rapportée par Remi REMONDIÈRE, « La défense des masseurs médicaux face à la prostitution. Première moitié du XXe siècle », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-218, 2020, p. 53-60.

⁴¹⁷ G. PICOT, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », art. cit.

de savoir-faire et savoirs théoriques acquis en formation. Cela se donne à voir à travers l'appétence pour la formation à un bilan dit des « Mouvements Généraux ». Il s'agit d'un bilan récemment introduit en France⁴¹⁸ qui permet d'établir un pronostic de risque de développer une pathologie. Dans le partage des tâches dans le champ médical, le diagnostic et le pronostic sont des enjeux déterminants et, à ce titre, accaparés par les médecins. Aussi la procédure d'adoption et les revendications d'utilisation de ce nouveau bilan par les kinésithérapeutes semblent intéressantes à analyser et instructives sur leurs velléités d'autonomie.

L'analyse des Mouvements Généraux⁴¹⁹ (GM) est un bilan réalisé dans les premiers mois de vie. Il se base sur une observation attentive de la motricité spontanée du nourrisson. Celle-ci peut être directe, mais plus habituellement filmée pour ne pas que l'observateur influence la motricité par sa présence trop proche et pour pouvoir faire plusieurs visionnages en cas de doutes.

La théorie sous-jacente est qu'un nouveau-né sans lésion cérébrale a une qualité de motricité spontanée identifiable en fonction de l'âge⁴²⁰, avec les « writhing » (dès la vie in-utéro et jusqu'à 6 semaines post terme) mais surtout les « fidgety » (10 à 20 semaines post terme, avant leur disparition au profit de la motricité volontaire) généralement plus fiables⁴²¹. La vérification de la présence de ces deux types de mouvements au cours de leur période habituelle de présence fait appel à des observations basées sur la sensation dit de « Gestalt », c'est-à-dire de sentiment global⁴²², pour repérer trois composantes des mouvements : leur complexité, leur variation et leur fluidité. Il n'y a, dans cette évaluation, pas de notion de quantité de mouvement, il s'agit d'une analyse purement qualitative d'une sensation globale des mouvements d'un nourrisson sur plusieurs minutes, comparée à des cas « idéaux types » normaux ou anormaux, préalablement étudiés et incorporés. Ces caractéristiques rappellent la définition même de la

⁴¹⁸ A ma connaissance la première formation à son utilisation a eu lieu à Brest en 2018

⁴¹⁹ Ce bilan fut initialement développé par un chercheur autrichien, Heinz Prechtl ayant étudié la médecine, la zoologie et l'anthropologie puis repris par de nombreux auteurs dans le monde. HF PRECHTL, C EINSPIELER, G CIONI, A BOS, F FERRARI et D SONTHEIMER, « An early marker of developing neurological handicap after perinatal brain lesions », *Lancet*, 339, 1997, p. 1361-1363. Christa EINSPIELER, Peter B. MARSCHIK, Arend F. BOS, Fabrizio FERRARI et Giovanni CIONI, « Heinz F. R. Prechtl, 1927-2014 crossing the borders: Obituary », *Developmental Psychobiology*, 56-7, 2014, p. 1609-1611. Ferrari (F.) *et al.*, « Motor and postural patterns concomitant with General Movements are associated with Cerebral Palsy at term and Fidgety age in preterm infants », *J Clin Med*, 8 (8), 2019 ; Hadders-Algra (M.), « General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders », *The Journal of Pediatrics*, 145 (2), 2004.

⁴²⁰ V. BELMONTI et G. CIONI, « La motricité spontanée du nouveau-né comme outil diagnostique et son rôle dans la prise en charge précoce », *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35-4, 2014, p. 118-128.

⁴²¹ EINSPIELER, BOS, KRIEBER-TOMANTSCHGER, ALVARADO, BARBOSA, BERTONCELLI, BURGER, CHORNA, DEL SECCO, DEREGNIER, HÜNING, KO, LUCACCIONI, MAEDA, MARCHI, MARTIN, MORGAN, MUTLU, NOGOLOVA, PANSY, PEYTON, POKORNY, PRINSLOO, RICCI, SAINI, SCHEUCHENEGGER, SILVA, SOLOVEICHICK, SPITTLE, TOLDO, UTSCH, VAN ZYL, VIÑALS, WANG, YANG, YARDIMCI-LOKMANOGLU, CIONI, FERRARI, GUZZETTA, et MARSCHIK, « Cerebral Palsy: Early Markers of Clinical Phenotype and Functional Outcome », *Journal of Clinical Medicine*, 8-10, 2019, p. 1616 ; AKL KWONG, TL FITZGERALD, LW DOYLE, JLY CHEONG et AJ SPITTLE, « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy : a systematic review », *Dev Med Child Neuro*, Février 22, 2018.

⁴²² Mijna HADDERS-ALGRA, « Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson », *Enfance*, 55-1, 2003, p. 13.

clinique proposée par Mael Lemoine, notamment le concept de « complétude synoptique » du jugement clinique⁴²³. Il est intéressant de noter que cette analyse des Mouvements Généraux semble l'un des examens prédictifs de l'Infirmité Motrice Cérébrale les plus fiables, y compris devant les traditionnelles imageries médicales (IRM)⁴²⁴.

La nature même d'examen diagnostique et pronostique laisse à penser qu'il sera investi uniquement par des médecins. La réalité est cependant plus nuancée. Au niveau de ses promoteurs, si l'on se penche sur le « GM Trust », organisme de formation le plus actif quant à la diffusion de cet outil⁴²⁵, une grande partie des formateurs sont médecins (sept d'entre eux, avec trois neuropédiatres, trois pédiatres néonatalogistes et un médecin pédiatre plus proche de la rééducation -ou son équivalent chinois-). Néanmoins, quatre membres sont eux kinésithérapeutes, le plus souvent universitaires. Un dernier membre est physiologiste, sans attache médicale claire. Ainsi les kinésithérapeutes sont-ils partie prenante de la diffusion de l'outil. Cela s'explique par les compétences mobilisées dans son utilisation, autour de l'analyse du mouvement. Ainsi, si la finalité semble favoriser l'utilisation médicale, la réalité du travail nécessaire, c'est-à-dire avoir une vision globale d'une motricité à comparer avec un répertoire de mobilités préalablement observées, permet aux kinésithérapeutes de justifier des compétences requises pour son utilisation. Si cette interprofessionnalité ne va pas sans tensions, celles-ci sont sans doute amoindries par la faible concurrence qui peut exister entre les deux métiers : la part de diagnostic et de pronostic chez les pédiatres dépasse largement la seule observation de la motricité, leur permettant de rester un interlocuteur indispensable de par le contrôle plus large de la situation médicale. Quant aux kinésithérapeutes, s'ils peuvent se poser en experts du mouvement, leurs conclusions ne concernent et n'influencent finalement que leur propre partie de la thérapeutique, à savoir des séances de développement moteur plus ou moins nécessaires. Sans doute, de plus, que la part de qualitatif de l'outil permet à chaque protagoniste de sauver la face dans les cas de diagnostics opposés.

En tout état de cause, son importation en France se fait elle aussi sous une houlette pluriprofessionnelle. Les formations dans une ville du sud de la France 2019 et 2020 ont en effet été organisées par le réseau de périnatalité régional (financé notamment par l'ARS et présidé par un médecin) en association avec l'URPS MK (Union Représentative des Professions de Santé des Masseurs-Kinésithérapeutes), avec un comité d'organisation constitué de deux pédiatres et de deux kinésithérapeutes.

⁴²³ Même si, pour cet auteur, le jugement clinique intègre plusieurs modalités d'examens et plusieurs origines explicatives, ce qui est moins le cas ici. Maël LEMOINE, *La désunité de la médecine: essai sur les valeurs explicatives de la science médicale*, Paris, Hermann, 2011.

⁴²⁴ A. KWONG, T. FITZGERALD, L. DOYLE, J. CHEONG et A. SPITTLE, « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy : a systematic review », art. cit.

⁴²⁵ <http://general-movements-trust.info/> consulté le 08/10/2020

Lors des deux sessions de formation organisées, financées par le réseau et publicisées par celui-ci auprès des cabinets de ville et des structures de soin régionaux, j'ai pu accéder aux listes des présents, et à leurs titres professionnels.

Métiers	Nombre de participants au sein de la formation Basic ⁴²⁶ (2 sessions)	Pourcentage au sein de la formation Basic	Nombre de participants au sein de la formation Advanced (1 seule session)	Pourcentage au sein de la formation Advanced
Kinésithérapeutes	66	54%	17	59%
Médecins	31	25%	7	24%
Psychomotriciennes	18	15%	4	14%
Puéricultrices	3	2%	0	0%
Orthophoniste	1	1%	1	3%
Psychologue	1	1%	0	0%
Ergothérapeute	1	1%	0	0%
Sage-femme	1	1%	0	0%
Total	122	100%	29	100%

Tableau 8 : décompte des présents aux formations GM 2019 et 2020 dans le sud de la France, par corps de métiers.

Médecins par spécialités	Basic (2 sessions)	Advanced (1 seule session)
Pédiatres	26	4
Médecin généralistes	2	0
Médecin MPR	1	1
Neuropédiatres	2	1
Pédopsychiatre	1	1

Tableau 9 : décompte des spécialités des médecins présents aux formations GM en 2019 et 2020 dans le sud de la France.

Ces décomptes montrent que les kinésithérapeutes sont majoritaires dans ces formations, même si l'on voit que les pédiatres sont en nombre significatif, tout comme les psychomotriciennes. Les membres de ces groupes professionnels se tiennent tous pour suffisamment légitimes dans l'établissement d'un diagnostic pour venir s'y former⁴²⁷.

Autrement dit, la pédiatrie est une spécialisation où le travail diagnostique des auxiliaires est reconnu et institutionnalisé. Cela est d'autant plus vrai que ce diagnostic revêt ici des aspects profanes (observer

⁴²⁶ Lors de la première session il n'y avait qu'une formation de niveau « basic », lors de la seconde il y avait une formation « basic » mais aussi une « advanced » pour ceux qui avaient validé le niveau « basic » préalablement. Les deux niveaux sont séparés dans le tableau car la majorité des présents lors de la formation « advanced » étaient déjà comptabilisés dans la formation basic. En lecture donc, pour avoir un décompte du nombre de professionnels de santé s'étant formé au moins à minima au GM lire la colonne « Basic » (les deux sessions sont comptabilisées). Pour avoir une idée des origines professionnelles des personnes suffisamment intéressées pour aller plus loin dans la formation, lire la colonne « Advanced ».

⁴²⁷ Les autorisations institutionnelles pour venir participer à la formation n'ont pu être explorées, ce qui peut expliquer la faible présence des puéricultrices. Toutefois, les psychomotriciennes travaillent aussi en salariat sous autorité médicale directe et sont relativement présentes.

une vidéo), est uniquement clinique et n'engage un diagnostic que de la motricité altérée. Bien que la formation à ce nouvel outil soit donc adoptée de manière interprofessionnelle, cela n'engage pas automatiquement son utilisation symétrique par les acteurs. En effet, l'organisation actuelle fait que le médecin reste l'interlocuteur initial du malade, pouvant empêcher les kinésithérapeutes de contrôler l'ensemble du cheminement diagnostique, pronostic et traitement. Le rapport de domination fait que l'accès des kinésithérapeutes à un travail diagnostique, soit-il limité et partiellement dévalué, dépend de la place laissée par les pédiatres⁴²⁸.

La spécialisation est ici une condition légitimant l'incursion dans le domaine diagnostique, analysée dans l'investissement de l'outil diagnostique des GM. Dans ce champ de spécialité, les kinésithérapeutes peuvent interagir directement avec les médecins spécialistes de la tranche d'âge. Si cette interaction est initialement très asymétrique, le diagnostic et le pronostic étant aux mains des pédiatres, le traitement, lui, dès qu'il implique une notion de travail corporel non invasif, se retrouve revendiqué et très souvent réalisé par les kinésithérapeutes. Ces derniers s'adressent à des médecins moins au fait des soins de motricité, qui leur reconnaissent une autonomie, visible dans le mode de rédaction des ordonnances. Dans le cas d'apparition d'un nouveau diagnostic moteur, la légitimité kinésithérapique, due à la maîtrise du traitement moteur, entre en concurrence avec la légitimité médicale due à la maîtrise de diagnostics de toutes sortes (anamnèse, clinique, lecture d'examens...). De ce fait, sont présents à la fois les médecins concernés (la formation GM comporte des pédiatres) et des thérapeutes du mouvement (les kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie au premier chef). La dissociation du traitement du reste de l'activité professionnelle n'est pas sans conséquence. Ainsi Andrew Abbott rappelle que le diagnostic, le pronostic et le traitement sont interdépendants dans la pratique professionnelle : « *Dans leurs aspects culturels, les revendications juridictionnelles qui créent ces qualités subjectives comportent trois parties : les revendications de classification d'un problème, de raisonnement et d'action : en termes plus formels, de diagnostic, de déduction et de traitement. Théoriquement, ce sont les trois actes de la pratique professionnelle. Les professionnels les dirigent souvent ensemble* »⁴²⁹. Non seulement, donc, la perte du traitement ampute la profession médicale d'une de ses prérogatives, mais, toujours selon Andrew Abbott, contribue à affaiblir son pouvoir de diagnostic s'il y a une perte de retour sur ce traitement : « *Comme on peut s'y attendre, le système de diagnostic médical est dominé par la classification des traitements. Ainsi, lorsque le carbonate de lithium s'est avéré traiter de nombreux patients diagnostiqués, par l'ancien système de classification psychiatrique, comme maniaco-dépressifs, la maladie a été essentiellement reconceptualisée comme une insuffisance de lithium, et la réponse au traitement au lithium est devenue son signe distinctif* »⁴³⁰. Dans ce cas d'espèce, Andrew Abbott rappelle

⁴²⁸ Dans la lignée d'Andrew Abbott, pour qui les mouvements dans les systèmes des professions dépendent principalement des opportunités laissées par les professions dominantes des systèmes. A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 39. Traduction personnelle

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 43. Traduction personnelle

que le traitement contribue à renforcer et mettre à jour le diagnostic. Cela rejoint le constat de légitimité acquise par les kinésithérapeutes pédiatriques concernant les GM : ce bilan est abordable par l'effecteur kinésithérapeute, habitué à s'adapter aux mouvements rencontrés pour les corriger. Le pédiatre est affaibli par la relation plus discontinue, plus théorique (examens complémentaires, carnet de santé, analyse du discours parental), et plus codifiée dans l'examen clinique (auscultation pulmonaire, vérification des hanches, des organes génitaux, suivi du regard, observation du tympan, de la cavité buccale). La part qualitative de reconnaissance de la pathologie demande un temps, peu mobilisable dans la pratique médicale actuelle (c'est d'ailleurs une limite relevée par les pédiatres rencontrés lors de la formation aux GM : le temps nécessaire pour réaliser les vidéos et les analyser). Dit autrement, la bride lâche laissée dans l'établissement du traitement kinésithérapique permet aux kinésithérapeutes de revendiquer l'établissement du diagnostic moteurs.

Tout en restant soumise à la domination médicale, la spécialisation est donc un « contournement »⁴³¹ de la hiérarchie. Au lieu de rester des exécutants des ordres de médecins connaisseurs de l'activité, les kinésithérapeutes spécialisés travaillent avec des interlocuteurs moins au fait des problématiques motrices. Il y a en ce sens alliance d'un contenu du travail et d'un contexte écologique favorables à une concession d'autonomie. Celle-ci permet des incursions dans les composantes diagnostiques voire pronostiques du soin dès lors qu'il s'agit d'éléments en rapport avec la motricité. Si la hiérarchie formelle est respectée (les médecins signent les ordonnances, peuvent ou non adresser les bébés, sont rémunérés pour un travail diagnostique), une horizontalisation de l'organisation informelle du travail (les pédiatres peuvent demander leur avis diagnostique aux kinésithérapeutes) permet d'atténuer le sentiment d'être en position dominée.

Se déplacer vers d'autres espaces : la kinésithérapie du sport

Travailler dans le sport peut s'apparenter à une autre forme de spécialisation, présentant de nombreuses similitudes avec la situation précédente. La différence principale tient au délitement de la relation au médecin. En pédiatrie, le médecin est spécialisé et laisse une marge d'autonomie à son interlocuteur rééducateur alors qu'il n'y a que peu de médecins du sport et qu'ils ont du mal à s'imposer. En somme, il est possible de parler d'un espace des sports distinct du champ médical, avec ses règles propres. Sébastien Fleuriel et Loïc Sallé ont travaillé sur la médecine du sport et notent l'insuffisance du seul titre médical pour s'imposer dans cet espace : « *Cette formation ne débouche sur rien de concret à moins d'être ancien sportif de haut niveau ou d'avoir des relations dans les instances sportives* » (*Médecin généraliste, aucune part de clientèle sportive, masculin, 55 ans, tennis et course à pied*). Cette réflexion traduit bien le réel décalage entre la formation et l'exercice effectif de la compétence pour

⁴³¹ Pour reprendre ici le terme de Julien Prud'homme, dans J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit., p. 14.

lequel le diplôme s'avère en soi insuffisant [...] Tout se passe donc comme si le capital sportif initial composait une ressource déterminante dans les possibilités d'exercer par la suite auprès d'une clientèle dont on connaît les attentes par effet d'homogamie. »⁴³². Il est possible de parler d'un espace des sports autonome où des capitaux « sportifs » propres sont requis. Sa séparation du champ médical est par ailleurs rendue visible par le faible investissement des médecins dans la prescription d'Activité Physique Adaptée, qui peut être lu comme un faible intérêt et une faible maîtrise des conditions de pratique dans ce milieu⁴³³.

Des données sur la kinésithérapie du sport sont issues d'une réflexivité sur ma pratique professionnelle (j'ai été pendant une dizaine d'année éducateur sportif en athlétisme, kinésithérapeute du sport plus occasionnellement mais doté d'un Diplôme d'Université dans le domaine), de cinq entretiens qui touchaient des jeunes professionnels du secteur, ainsi que de notes d'observations dans les différentes écoles et universités de formation de kinésithérapeutes dans plusieurs pays européens (Espagne, Portugal, Belgique et France), où le sport est différemment investi. Dans un IFMK de France, j'ai aussi pu prendre des notes d'observation à l'occasion des cours magistraux et des travaux pratiques que j'ai donné concernant la kinésithérapie du sport. J'ai enfin, au cours d'une année d'enseignement dans un département STAPS, pu prendre des notes concernant des projets de bifurcation vers la kinésithérapie de la part de certains étudiants (notamment grâce à un enseignement de « préprofessionnalisation » consistant à les faire travailler, en licence 1, sur leurs projets professionnels). Ces données alimentent le constat d'une proximité entre la kinésithérapie et l'espace des sports.

Pour les kinésithérapeutes, le sport est une composante historique de l'agrégation professionnelle de 1946, via la présence des gymnastes médicaux (cependant en nombre plus faible que les infirmiers masseurs et masseurs aveugles)⁴³⁴. De nombreux éléments rappellent le lien particulier qui unit les kinésithérapeutes français au monde sportif : une filière d'accès spécifique à la formation de kinésithérapie pour les « sportifs de haut-niveau »⁴³⁵ et une facilité d'entrée pour les étudiants STAPS via des « conventions de recrutement » d'étudiants entre ces universités et les IFMK (pensées comme alternatives à la PACES, devenu PASS⁴³⁶). Il est d'ailleurs à noter que ce type de passerelles est retrouvé

⁴³² Sébastien FLEURIEL et Loïc SALLE, « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences Sociales et Santé*, 27-1, 2009, p. 073-098.

⁴³³ Géraldine BLOY, Laetitia MOUSSARD PHILIPPON et Laurent RIGAL, « Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation », *Santé Publique*, HS S1, 2016, p. 153-161.

⁴³⁴ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit ; R. REMONDIÈRE, *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)*, op. cit.

⁴³⁵ Pour aller plus loin sur l'invention du statut de sportif de haut-niveau lire Sébastien Fleuriel et Manuel Schotté : ils montrent que ce statut est le fruit d'un bricolage institutionnel, alimenté par la personnalité de ses promoteurs et l'importation d'expériences étrangères. Sébastien FLEURIEL et Manuel SCHOTTE, « Des sportifs sans qualité ? Genèse du modèle étatique de production de l'élite sportive française », *Sociologie du travail*, 57-4, 2015, p. 422-445.

⁴³⁶ PACES : Première Année Commune d'Etude en Santé. PASS : Portail d'Accès Spécifique Santé.

dans tous les pays d'enquête, avec une mention particulière pour le cas belge, où l'UB enquêtée organise la formation des professeurs d'éducation physique et des kinésithérapeutes au sein de la même faculté, avec de nombreux cours communs et une pratique sportive commune intense lors de la première année. Au niveau des acteurs eux-mêmes, la pratique auprès de sportifs est plébiscitée par de nombreux kinésithérapeutes : dans l'enquête par questionnaire menée auprès de 1350 étudiants en kinésithérapie de 10 structures de formation très différentes de 4 pays (détaillée au chapitre 5), 12,3% des étudiants envisageaient des poursuites d'études en lien avec le sport.

La trajectoire de Gustavo témoigne de la particularité de l'exercice auprès des sportifs, qui permet de parler de déplacement social. Celui-ci est un kinésithérapeute portugais présent dans mon cercle de connaissance, exerçant en France au moment des entretiens. Sa socialisation estudiantine puis professionnelle débutée au Portugal explique pour partie ses dispositions à s'éloigner du champ médical. En effet, la kinésithérapie est plus dominée dans ce pays qu'en France, avec une séparation récente du groupe professionnel infirmier (dans les années 1980⁴³⁷), une absence de socialisation de soins libéraux qui confinent les kinésithérapeutes dans les structures salariées sous l'œil du médecin et une protection du marché du travail difficile⁴³⁸ (les entretiens sur place laissent percevoir la concurrence de « masseurs » ou d'infirmiers non kinésithérapeutes). Le sport est alors une alternative attractive pour occuper une place sociale plus favorable. Pour autant, l'appétence pour l'espace des sports ne s'arrête pas aux kinésithérapeutes portugais, et de nombreux français sont attirés par les possibilités d'autonomie qu'ils peuvent y trouver, qui entrent en résonance avec des socialisations sportives.

Gustavo a 31 ans au moment du premier entretien (deux entretiens plus courts auront lieu dans l'année qui suit). Il est marié, a deux enfants en bas âge (3 et 1 ans). Il exerce comme kinésithérapeute libéral dans une ville moyenne du sud de la France, dans un cabinet plutôt généraliste, orienté vers la thérapie manuelle (des soins individuels, faisant la part belle aux mobilisations actives ou passives). Sa compagne est kinésithérapeute, portugaise comme lui, dans un cabinet libéral orienté en pédiatrie. C'est elle qui est à l'origine de leur venue en France 6 ans auparavant (attirée par l'envie de voyager, un marché du travail attractif et des possibilités de spécialisation en pédiatrie plus aisées qu'au Portugal).

Il est né et a grandi dans une petite ville de l'intérieur du Portugal⁴³⁹, «Cidade Interior », ayant rang de capitale de district (structure administrative pouvant être comparée aux départements français) et

⁴³⁷ Même si les premiers diplômés uniquement kinésithérapeutes apparaissent en 1966. João Pedro DA FONSECA, « Historia da fisioterapia em Portugal (da origem a 1966) » Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, 2012 ; V EMMANUEL, B CARLA, G CRISTINA et M ISABEL, « O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses », *Arquivos de fisioterapia*, 1-2, 2006, p. 2-13.

⁴³⁸ T. P. G. MATOS, *Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal*, op. cit.

⁴³⁹ Au Portugal, l'intérieur désigne les régions de l'Est, par opposition aux régions du littoral. Il s'agit de régions agricoles, ayant souffert de l'exode rurale, plutôt en déclin économique et vieillissantes, contrastant avec les deux régions littorales autour de Porto et Lisboa, étudiantes et bénéficiant d'un dynamisme économique, ou le sud, l'Algarve, touristique.

comptant autour de 50 000 habitants. Il est issu d'une famille de la classe moyenne supérieure : sa mère est professeure de français au Portugal, après un intermède d'études en France auprès de membres de la famille émigrés, et son père, ingénieur de formation, exerce principalement comme professeur de mathématique (complété par quelques missions ponctuelles comme ingénieur). Elève brillant, il réalise ses études dans le lycée prestigieux de la ville (qui en compte deux). Sportif d'un bon niveau au tennis (il participe à des championnats nationaux), il privilégie toutefois son parcours scolaire à son activité sportive.

Ses résultats au lycée sont bons et il espère obtenir une place en faculté de médecine⁴⁴⁰. Le cursus portugais étant sélectif, il fait parallèlement une demande d'école de kinésithérapie pour s'assurer une place dans un cursus plus accessible. Un autre cursus fréquent en santé, celui d'infirmier, n'est pas demandé et, en réponse à mes questions, est plutôt décrit comme un déclassement social non envisagé. Malgré une note de 17.8/20 il n'intègre pas médecine (18.3 cette année-là), mais est pris en kinésithérapie dans une ville universitaire réputée d'une région voisine.

La première année il continue à envisager médecine parallèlement à ses débuts en kinésithérapie. Il passe à nouveau les examens terminaux de secondaire pour espérer améliorer sa note d'accès au supérieur et obtient une note finale à 18.1, ce qui restera insuffisant. Alliant résignation et passion pour le sport, il réoriente son projet vers une pratique de rééducation sportive.

Il passe des diplômes d'entraîneur de tennis durant ses années d'étude, pour « *se garder des portes ouvertes* », en prévision d'un marché du travail kinésithérapique plus dur qu'en médecine. A l'issue du diplôme (2010), il retourne à «Cidade Interior » et cumule des petits temps de travail pendant un an (dans une structure proche d'un centre d'aide par le travail pour adultes handicapés, dans une « clinique privée »⁴⁴¹ et en donnant des cours de tennis). Puis, via des amitiés « sportives », il lui est proposé un premier poste à temps complet dans une grande ville de la côte, dans un cabinet sous tutelle de chirurgiens qui opèrent dans la clinique voisine et organisent la rééducation sous l'égide de « leurs » kinésithérapeutes.

Parallèlement à ce travail stable mais relativement peu rémunérateur (de l'ordre de 1400 euros par mois, plutôt supérieur au revenu moyen portugais⁴⁴², mais à relativiser au vu du niveau de vie majoré dans cette ville côtière), il entame un cursus d'ostéopathie, mais aussi un cursus plus court, de formation à la kinésithérapie dans le tennis. Ce cursus est animé par un kinésithérapeute bien implanté auprès de l'ATP

⁴⁴⁰ Au Portugal les notes des trois années de lycée sont prises en compte à parts égales avec un examen national final se rapprochant du baccalauréat. C'est la moyenne de ces résultats qui donne la note d'entrée dans le supérieur : les prétendants sont classés selon ces notes (quelques modulations possibles selon des quotas régionaux) et admis en fonction du nombre de places autorisées. Il est possible de repasser quelques épreuves, même après avoir validé sa dernière année de secondaire.

⁴⁴¹ Au Portugal, les cliniques privées sont des cabinets médicaux élargis, où des paramédicaux travaillent sous tutelle directe du médecin, comme salariés ou indépendants à honoraires en partie rétrocédés au propriétaire de la clinique.

⁴⁴² Au Portugal le revenu moyen était de l'ordre de 1100 euros en 2011-2012, selon PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo (il n'a pas été possible de se procurer de données plus récentes au moment de la rédaction).

(Association of Tennis Professionals), c'est donc l'occasion d'une prise de contact. Gustavo connaît le tennis, il a déjà une expérience et complète celle-ci par de la formation. Issu d'un milieu plutôt privilégié, il a un savoir-être assuré, le formateur le repère sans doute spécialement. Quelques mois plus tard, il rappellera Gustavo, ayant besoin « dans l'urgence » d'un kinésithérapeute pour une joueuse Tchèque « de son écurie » pour Wimbledon.

Gustavo profite de l'occasion. Il suivra la joueuse 15 jours, mais ne deviendra pas son kinésithérapeute attitré. Qu'importe, l'expérience s'est bien passée, il sera recontacté par le même manager pour suivre le numéro 1 portugais. Ce coup-ci, la rencontre sera plus concluante et il le suivra un an. Il quitte son cabinet pour devenir salarié du joueur (il est payé 1400 euros par mois, frais de restauration, voyage, hôtel inclus) Il décrit le travail comme plaisant, exigeant (« *on passe d'hôtel en hôtel, de tournoi en tournoi* »). Le kinésithérapeute personnel d'un joueur fait partie du « *cercle proche du joueur* », avec, dans le cas de ce tennisman, un psychologue et l'entraîneur. Les déplacements se font surtout avec le kinésithérapeute. L'entraîneur ayant d'autres joueurs, il peut être du voyage, mais ce n'est pas systématique, surtout pour un joueur 62^{ème} mondial (la saison concernée) qui dispose d'un budget important (il a du personnel à son service) mais contraint (il faut faire des choix concernant les personnels à assumer en déplacement). D'autres intervenants sont plus ponctuels ou basés au Portugal : le préparateur physique ou le préparateur mental. Le médecin n'est jamais évoqué. Sans doute le joueur en consulte-t-il un en cas de doute ou pour obtenir des examens complémentaires que le kinésithérapeute ne peut prescrire. Interrogé sur cette absence de médecin dans le staff, Gustavo répondra par l'évocation d'une enquête (un questionnaire) de l'ATP auprès des meilleurs joueurs mondiaux de tennis demandant quel était le professionnel de santé qui leur était le plus indispensable, « *de loin le kiné* ». L'anecdote souligne la gratification symbolique qu'il y trouve : il est le soignant légitime du sportif.

Son cœur de travail est de maintenir la machine (le joueur) en état de marche, d'optimiser la récupération, d'éviter ou réduire (rapidement) les blessures :

« Le travail kiné pur c'était déjà des mobilisations, de l'éveil articulaire sur table. C'était l'échauffement spécifique. L'échauffement avant entraînement quoi. Des choses que moi, par exemple, si je trouve qu'il a à travailler un peu plus proprio, un peu plus plio... Euh... Et que ben c'est en complément quoi. Si je trouve qu'il a une faiblesse au niveau grand dentelé etc, je vais le faire les élastiques à visée un peu plus sur ça, par exemple. Voilà. Euh les routines un peu plus spécifiques, s'il est très fatigué on va travailler sur une activité un peu plus modérée, un peu plus décrassage, un peu plus d'étirements dynamiques pour libérer le matin etc. C'est moi qui mettrai en place selon comment je le sentais lui. Les bains froids, le ci, le mi, bon tout ça est mis en cause maintenant mais c'était... De ma responsabilité. Comme la nourriture, comme il était assez calé là-dessus ben moi aussi ben c'était à moi un petit peu de voir ce qu'il y avait à manger, ce qui... je gardais un œil sur tout, et on travail du réveil au couché quoi. »

Ce positionnement lui donne une place centrale dans le sport, il est donc amené à intervenir sur l'ensemble du domaine médical (nutrition...) mais aussi sur le plan de l'entraînement et de la préparation physique. Il profite pleinement de sa place à l'intersection de la médecine et du sport pour arbitrer et

participer à la plupart des interventions d'acteurs sur le sportif (adaptation des plans d'entraînement, décisions quant aux menus...)

Malgré son intérêt pour cet exercice dans l'espace des sports, les conditions de travail y sont difficiles, les déplacements compliquant la vie familiale. A l'issue de cette année comme kinésithérapeute personnel, il choisit de privilégier sa vie personnelle et rejoint sa compagne dans une ville du sud de la France, délaissant le sport de haut niveau et ses exigences. Il y reviendra en partie, par le suivi de l'académie de tennis locale, mais les moyens financiers d'une structure locale française ne sont pas ceux du haut niveau et le contrarient dans son investissement :

« Le contenu du travail [au sein de l'académie locale] c'était... Très soin. Au début. Moi j'avais une envie de développer ce... La kinésithérapie du sport. Donc pas possible sauf avec ceux qui ont vraiment [un projet de haut-niveau], parce que malgré que ce soit une académie sport-étude, il y a beaucoup de gamins placés dans ces académies qui n'ont pas une envie sportive... Euh... De haut niveau. Donc je voulais tout faire et j'ai vu que non c'était pas possible [...] J'ai essayé de développer mais à partir du moment où ils ont pas non plus la structure qui permet d'avoir un kiné à temps plein. A faire vraiment la kinésithérapie du sport [...] C'est très amateur. J'ai essayé de professionnaliser mais c'est très amateur. »

Le travail dans cette académie locale française est donc un pis-aller, pour conjuguer ses aspirations professionnelles avec sa vie familiale. L'activité y est décrite, sur un ton négatif, comme « très soin », par opposition à la « vraie » kinésithérapie du sport, bien plus à distance de ce rôle d'exécutant de thérapeutiques.

Il complète en partie son appétence pour cette branche sportive par des enseignements en DEJEPS⁴⁴³ (il enseigne l'anatomie aux futurs entraîneurs) et en formation continue de kinésithérapie du sport (il enseigne la thérapie manuelle aux kinésithérapeutes souhaitant travailler dans le sport).

Le cas de Gustavo montre la particularité de la spécialisation en kinésithérapie du sport, qui s'apparente à un éloignement du champ médical, dans le sens où ces soins sont bien souvent envisagés sans intermédiaire médecin. Ce qui n'empêche pourtant pas les kinésithérapeutes de s'en réclamer : il s'agit de prévenir ou guérir la pathologie sportive, c'est-à-dire en suivant une sémiologie médicale. Le kinésithérapeute intervient sous la double légitimité de personnel de santé connaisseur de ces savoirs experts et d'intervenant connaisseur du corps du sportif⁴⁴⁴. Cette seconde légitimité entre en résonance

⁴⁴³ Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

⁴⁴⁴ L'importance de la maîtrise de la culture sportive se traduit dans certains cas par la préférence pour des soins « laïcs » prodigués par des pairs du milieu sportif. Reem AlHashmi et Christopher Matthews montrent que l'entraîneur, voir des athlètes expérimentés, peuvent voir leurs avis médicaux prendre le pas sur ceux des professionnels du champ médical. Ces avis « laïcs », non complètement fondés sur le savoir médical (bien qu'en Grande Bretagne la formation d'entraîneur connaisse des proximités avec la formation de kinésithérapeute), semblent plus pertinents dans une optique sportive : gestion du temps, optimisation des possibilités d'entraînement et de compétition. Les prescriptions des médecins semblent alors inadaptées aux sportifs : « *Doctors always want you to stop, it make their job easy. I actually think some doctors are pretty lazy. All they say is put ice and rest. I don't need to rest. I need to go fight so fix me* ». Reem ALHASHMI et Christopher R MATTHEWS, « 'He may not

avec un aspect culturellement ancré chez les kinésithérapeutes : leur prétention à être plus proches du corps des patients, à être les seuls à réellement les toucher. Cette conjugaison entre l'ethos professionnel et l'attente du sportif est sans doute l'une des raisons de la place prépondérante de la kinésithérapie dans le soin au sportif, relativement aux autres professions de santé. Des valeurs communes mettant l'accent sur l'importance du corps, de sa motricité et de l'action musculaire sont des éléments d'une culture partagée entre kinésithérapeutes et sportifs (expliquant que si d'un côté les sportifs plébiscitent volontiers les kinésithérapeutes, les kinésithérapeutes accordent des conditions d'entrée spécifiques et plus favorables aux sportifs dans quasiment tous les pays enquêtés⁴⁴⁵).

Les kinésithérapeutes travaillant dans le sport repoussent les limites de l'espace de la santé et vont interroger les autres composantes de l'entourage du sportif. Ainsi, bien qu'en début de carrière, c'est Gustavo qui « *met en pratique* » (et bien qu'il soit discret dessus, sans doute « adapte ») les séances de préparation physique prévues. Sans diriger les activités les plus au cœur de l'espace des sports (l'entraînement de tennis, la préparation physique), le kinésithérapeute, comme représentant de la santé, interagit avec eux et a une action normative dessus : c'est-à-dire que c'est lui qui édicte ce qui est possible ou non de faire selon l'état corporel jugé normal ou pathologique.

Le médecin est absent de la description de Gustavo de l'encadrement du tennisman de haut niveau. Ce qui ne signifie pas qu'il n'existe pas, mais que, dans le sport, il y a une possibilité de retournement de la hiérarchie de la santé. Ainsi, c'est le kinésithérapeute qui voit régulièrement « ses » sportifs, et donc qui se retrouve l'interlocuteur santé de premier recours, comme le décrit Gustavo : « *Ça dépend des structures mais là, clairement, je suis absolument autonome et à la limite c'est moi qui dit ben vas-y voir ci, vas-y voir ça, j'organise avec le podologue* ». Il gère donc l'orientation des sportifs auprès des autres professionnels de santé en fonction de son diagnostic et de ses besoins⁴⁴⁶. L'une des explications tient à l'importance, dans le cas du sportif, de la part clinique du diagnostic : une lésion musculaire sera

be qualified in it, but I think he's still got the knowledge': Team-doctoring in combat sports », *International Review for the Sociology of Sport*, 57-1, 2021, p. 146-163.

⁴⁴⁵ La reconversion possible des sportifs de haut-niveau dans le domaine de la kinésithérapie n'est pas sans lien avec l'idée « d'enfermement » que Sébastien Fleuriel et Manuel Schotté décrivent dans les activités professionnelles de sportifs olympiques : le capital sportif est parfois difficile à convertir hors de ce milieu. La kinésithérapie fait figure d'activité suffisamment proche du sport pour être une voie de reconversion. Sébastien FLEURIEL et Manuel SCHOTTE, « La reconversion paradoxale des sportifs français : Premiers enseignements d'une enquête sur les sélectionnés aux jeux olympiques de 1972 et 1992 », *Sciences sociales et sport*, 4-1, 2011, p. 115.

⁴⁴⁶ J'ai, lors de mes études de kinésithérapie, réalisé un stage à l'INSEP (Institut National du Sport et de l'Éducation Physique) et une anecdote m'avait marqué : un sportif avait demandé à mon tuteur de stage qui était le médecin de permanence. L'annonce du nom dudit médecin avait provoqué une moue désabusée du sportif et l'argumentation suivante du kinésithérapeute : « ah, le Dr X, si tu y vas pour qu'il te prescrive les médicaments pour un rhume ça va... », sous-entendant que ce serait sans doute moins le cas pour des pathologies réellement importantes pour le sportif. Cette anecdote, malgré l'incertitude liée à la reconstruction rétrospective et l'éloignement temporel, me semble intéressante de par la position du kinésithérapeute, conseillant le patient (sportif) quant à ses interlocuteurs médecins (parfois incapables de prendre en charge le sportif dans son intégralité, mais capable de s'occuper de pathologies intercurrentes bénignes), mais aussi, et surtout, de par le fait que je l'ai gardé en mémoire plus d'une dizaine d'années après. Il s'agissait donc d'une incongruité, notable et mémorable, signe que j'avais incorporé la domination médicale sur mon activité et que cette inversion des rôles était extraordinaire.

évaluée et rééduquée en suivant le ressenti clinique du sportif. Les imageries médicales permettront de mettre un nom, de grader le type de lésion mais ne modifieront pas l'approche thérapeutique et le procédé de retour au sport. Le kinésithérapeute a incorporé des savoirs théoriques suffisants pour appréhender les procédés biologiques en cours au sein de ces tissus (musculaires, tendineux), il peut les comparer à ses constats cliniques et utiliser son savoir-faire rééducatif et sa relation répétée au sportif pour avoir un diagnostic légitime. Le kinésithérapeute arrive à être compétitif par rapport au médecin grâce à un partage plus fréquent d'une culture sportive⁴⁴⁷. Pour la santé de l'enfant, si le kinésithérapeute s'est créé des marges d'autonomie, le médecin de manière général, et le pédiatre en particulier, reste la figure de référence. Dans le cas de la santé du sportif très investi dans sa pratique, le soin de son corps performant est l'enjeu central de la « bonne santé » et le kinésithérapeute peut être vu comme le référent. Les médecins peuvent occuper des positions d'auxiliaires, susceptibles de s'occuper des problèmes de santé « du bien portant », souvent vu comme bénins, ou comme prestataires de service, capables de fournir imageries ou bilans sanguins⁴⁴⁸. Gustavo profite donc d'un espace où il utilise la légitimité médicale, mais dont les médecins sont absents.

Sébastien Fleuriel et Loïc Sallé⁴⁴⁹ analysent cet état de fait comme la conjonction d'un désintérêt des médecins pour le sport, comme le montre la faible institutionnalisation de la médecine du sport et le faible nombre de médecins cherchant à se spécialiser, et d'une autonomie de l'espace des sports, qui n'accepte pas facilement les médecins ne présentant pas les signes de reconnaissance spécifiques à celui-ci. La conséquence est un manque de prise en charge par les médecins des besoins exprimés par les sportifs. En suivant Georges Canguilhem, il faut rappeler que c'est le patient qui, au préalable, exprime un ressenti subjectif de perte de normativité. Or toujours avec Canguilhem, le médecin s'équilibre, lui, par rapport à sa représentation d'un pathologique. Ainsi le sportif, sauf blessure amenant un écart net et objectivable biologiquement⁴⁵⁰, n'est pas totalement envisagé comme malade par le médecin⁴⁵¹. Centrés sur l'évaluation d'un écart à une norme supposée évaluable, les médecins ont du mal à appréhender le

⁴⁴⁷ Andrea SCOTT-BELL et Dominic MALCOLM, « 'Involved in every step' : how working practices shape the influence of physiotherapists in elite sport », *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 7-4, 2015, p. 36.

⁴⁴⁸ Cette position inhabituelle peut être l'enjeu de luttes. Entraîneur d'athlétisme, sur une discipline très exigeante (les épreuves combinées), je me souviens de la mise au point de début de saison imposée par la mère d'une athlète (de 16 ans) rejoignant mon groupe d'entraînement qui connaissait mon statut parallèle de kinésithérapeute. Cette dame, médecin généraliste, m'avait dit que si elle acceptait que sa fille suive mes ordres à l'entraînement, pour sa santé elle comptait rester maître de ce qui était bon pour elle ou pas. Il est difficile d'analyser l'effectivité de la maîtrise ultérieure de chacun sur le destin physique de cette athlète, mais la démarche en elle-même était singulière : le besoin de verbaliser une hiérarchie habituellement incorporée, d'autant plus s'agissant d'un membre de la famille en concurrence avec un étranger, marquait la précarité de la domination médicale quant aux soins des sportifs.

⁴⁴⁹ S. FLEURIEL et L. SALLE, « Entre sport et médecine », art. cit.

⁴⁵⁰ Une sociologie des blessures sportives reste à faire, notamment en lien avec la violence sportive. Kevin YOUNG et Stéphane HEAS, « Sociologie de la douleur et des blessures sportives corporelles », *Corps*, n° 2-1, 2007, p. 13-17.

⁴⁵¹ Didier Fassin rappelle que de nombreux autres soins ne sont pas médicalisés. D. FASSIN, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

soin sportif sauf dans les cas d'anciens sportifs eux-mêmes, mettant à distance leur formation médicale pour privilégier les codes sportifs⁴⁵².

Une question économique doit être prise en compte dans l'analyse. Les salaires des kinésithérapeutes sont meilleur marché que ceux des médecins. Aussi le plébiscite de ces paramédicaux pourrait s'expliquer non pas comme une reconnaissance d'une meilleure compétence, mais comme un compromis bon marché. De plus, dans le cas de Gustavo, il s'agit d'une position proche de l'ancillaire⁴⁵³ : le kinésithérapeute est à la disposition permanente de son employeur, y compris pour des tâches ne relevant pas de sa compétence (servir de sparing partner, bien que la capacité de Gustavo à assumer le rôle soit sans doute spécifique). Cette situation est sans doute un repoussoir pour la profession médicale.

La position de certains médecins du sport, légitimés dans le monde sportif, appuie cet argument.

Le Docteur Müller-Wohlfahrt⁴⁵⁴:

« *Les mains magiques* », « *L'homme qui plonge dans les muscles des stars* », « *Le Kaiser de la pique* », « *Docteur Miracle* »... Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt est un médecin allemand célèbre dans le sport, et dont la couverture médiatique est conséquente. Il faut dire qu'il ne soigne pas n'importe quel sportif, mais les stars du sport, notamment du football et de l'athlétisme, sport qu'il a pratiqué dans sa jeunesse.

Né en 1942 en Basse Saxe, il devient médecin du Bayern Munich en 1977, puis de la sélection allemande de football en 1996.

Il associe des pratiques médicales discutées telles que l'homéopathie, l'acupuncture, des injections locales de produits présentés comme « naturels » (Actovegin, un extrait de sang de veau déprotéinisé comme cicatrisant, de l'acide hyaluronique présent dans le liquide synovial des articulations ou des antioxydants) avec une communication radicale sur son savoir-faire : « *bien plus d'un million d'injections au fil des ans* », « *Je vois avec les doigts, je plonge dans le muscle, je me repère dans l'anatomie et je peux dire s'il y a des lésions* », « *J'ai diagnostiqué 35 000 blessures musculaires dans ma vie. J'ai acquis ces capacités par l'exercice quotidien, comme un pianiste ou un violoniste* ». Il est intéressant de constater que sa rhétorique présente de nombreux points communs avec la médecine physique proposée par les kinésithérapeutes : « *Je me suis décidé très tôt pour une médecine naturelle et contre les agents chimiques et pendant longtemps mes méthodes alternatives m'ont valu le rejet de mes confrères. Dans un monde de l'orthopédie qui était dominé par la chirurgie et la cortisone, on me regardait comme un renégat* ».

⁴⁵² Les médecins de ville ayant une spécialité sportive reçoivent les patients en consultation à leur demande, quand une blessure tranche avec la vie sportive habituelle. Les médecins des services de médecine du sport hospitaliers peuvent, quant à eux, avoir une attitude distante et scientifique vis-à-vis de ces corps exceptionnels. Seuls les médecins de structures sportives se rapprochent de la description du travail de Gustavo, bien qu'avec une tension visible entre leurs deux espaces, sportifs et médicaux : « *La part la plus importante de son activité professionnelle au sein du pôle consiste en la prise en charge des petites blessures et douleurs des gymnastes. Ce qu'il appelle lui-même, par une euphémisation qui n'est pas sans rapport avec la banalisation, une activité de « petite bobologie »*. Baptiste VIAUD, « Médecines du sport, sports de médecins : Quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles », *Sciences sociales et sport*, 2-1, 2009, p. 129, ici p. 158.

⁴⁵³ La longueur de la prise en charge kinésithérapique du sportif est mobilisée par ces acteurs pour justifier leur position, par opposition aux médecins, dont l'intermittence est décrite sur un mode négatif. Dominic MALCOLM et Andrea SCOTT, « Professional relations in sport healthcare: Workplace responses to organisational change », *Social Science & Medicine*, 72-4, 2011, p. 513-520.

⁴⁵⁴ Les références sont tirées de son autobiographie « *Ma vie et ma médecine. Voyez avec vos mains* » (« *Mein Leben und meine Medizin. Mit den Händen sehen* »), mais aussi en grande partie des très nombreux articles de presse nationaux et internationaux l'évoquant, aussi bien généralistes que sportifs (Le monde, L'équipe, le point, Der Spiegel, Bild, CNN, ESPN).

Quoi qu'il en soit, son aura lui attire la clientèle des meilleurs joueurs de football (Ronaldo, Jürgen Klinsmann, Franck Ribery), de l'athlétisme (Usain Bolt, Paule Radcliff, Maurice Green), du Tennis (Boris Becker), avec parfois des incursions dans d'autres milieux tout aussi médiatiques (Luciano Pavarotti, Bruce Springsteen, Bono). Ses tarifs (3000 euros pour une cure) étant à la fois l'outil de sélection de son public et l'affichage de son savoir-faire déclaré.

L'exemple du Dr Müller-Wohlfahrt montre que, pour une certaine élite sportive pouvant se l'offrir (sports collectifs, où les coûts sont mutualisés pour l'ensemble des sportifs via les clubs employeurs, ou très grande élite de sports individuels sur des incertitudes spécifiques), le médecin peut retrouver son statut d'interlocuteur santé privilégié⁴⁵⁵. Mais cela au prix d'un certain glissement du médecin vers la pratique « manuelle » globalement revendiquée par les kinésithérapeutes⁴⁵⁶. Ainsi, lorsque l'aspect ancillaire est réduit et que la reconnaissance symbolique et économique est plus importante, des médecins faisant montre d'une culture sportive peuvent s'imposer. Cela fait écho aux analyses d'Andrew Abbott⁴⁵⁷ quant à l'enjeu professionnel autour de la sélection des patients prestigieux, qui permettent aux professions de se valoriser. Les sportifs disposent d'un prestige social qui valorise donc la profession de santé les prenant en charge, globalement les kinésithérapeutes, même si des médecins peuvent se préoccuper expressément du cercle restreint des sportifs les plus dotés (symboliquement, socialement et économiquement).

Ainsi, outre le contenu de l'activité rapprochant le kinésithérapeute et le sportif par la relation au corps (que certains médecins peuvent marginalement revendiquer), le kinésithérapeute pourrait être une figure centrale par absence de la profession dominante de la santé dans l'espace des sports⁴⁵⁸. La faible

⁴⁵⁵ Il est à noter que Baptiste Viaud montre l'existence d'autres types de « médecins du sport », moins régulièrement en contact avec cette population : les médecins de ville, essentiellement généralistes, qui prétendent à cette expertise pour se faire un nom ou rajeunir une clientèle mais dont la part effective de pratique reste faible. Mais aussi des médecins hospitaliers, bien qu'il s'agisse d'un exercice en recul depuis la suppression de ces chaires de médecine du sport hospitalières en 1983, qui réalisent des expériences et des bilans détaillés avec un matériel coûteux (tests à l'effort, tests aux machines isocinétiques, imageries). La description qu'il fait de son troisième groupe, les rares médecins des structures sportives, recoupe grandement le positionnement des kinésithérapeutes (intimes avec ces « patients, avec une vie intégrée à la structure y compris hors des heures de travail officielles, ayant souvent un passé de sportifs accomplis eux-mêmes). B. VIAUD, « Médecines du sport, sports de médecins », art. cit.

⁴⁵⁶ Dans son article sur les soignants du rugby anglais, Dominic Malcolm montre comment les médecins négocient leur place avec les kinésithérapeutes pour la prise en charge des sportifs. Le poids de la relation au corps semble un contre poids important à l'argument médical. Dominic MALCOLM, « Unprofessional practice? The status and power of sports physicians », *Sociology of Sport Journal*, 23-4, 2006, p. 376-395.

⁴⁵⁷ « A final means for drawing power from without is alliance with a particular social class, a strategy usually pursued by elite professions. In such a case, a profession draws both its recruits and its clients from the upper classes, locates its training in elite universities or similar settings, and affects an ethic of stringent gentlemanliness. » A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit, p. 137.

⁴⁵⁸ « Confirmant la faiblesse de sa position dans les champs sportif et médical, la réalité de la médecine du sport se caractérise donc, pêle-mêle, par des effectifs réduits, par l'absence de reconnaissance institutionnelle et professionnelle de cette spécialité, par un cadre légal ne faisant plus appel exclusivement aux praticiens diplômés pour s'occuper des sportifs, par l'inadéquation des contenus de formation au regard des connaissances requises sur le terrain ou, encore, par des conditions de travail souvent précaires, difficiles et, surtout, mettant parfois à mal les principes fondateurs de la médecine » S. FLEURIEL et L. SALLE, « Entre sport et médecine », art. cit.

valorisation économique, qui repousse les médecins, est aussi déplorée par Gustavo (« *Je trouve que [la kinésithérapie du sport] c'est un intérêt de beaucoup, beaucoup, de jeunes kinés. Et qui est profité par des structures qui veulent payer très, très, peu* ») mais la différence avec la pratique kinésithérapique générale est plus faible. Associée à une autonomie et à une reconnaissance symbolique (« *Après c'est intéressant aussi... je dis pas... Numéro 1 portugais, 62 ATP⁴⁵⁹ ... Ça fait du bien quoi, il y a quelque chose de reconnaissance aussi* ») l'espace des sports reste donc attractif pour une partie des kinésithérapeutes.

Les kinésithérapeutes investissent le sport en profitant de la relative absence des médecins, de leur savoir médical par délégation et de leur culture sportive. Ils réalisent de nombreux actes à la limite de la prévention de la pathologie et de l'optimisation de la préparation physique. Ils sortent ainsi du champ médical, ce qui peut être regretté par des médecins-tutelles MPR :

« Le problème aujourd'hui, c'est que les kinésithérapeutes qu'on forme ne s'occupent pas des malades. Pour dire les choses très franchement. Euh c'est un vrai problème ça. Nous on a une équipe mobile pour les patients handicapés lourds à l'hôpital, on a fait une évaluation sur une année, 150 patients qui trouvaient pas de kinés en ville pour s'occuper d'eux à domicile, pour des patients hémiplegiques, tétraplegiques lourds. Par contre, vous avez un problème de genou parce que vous faites de la médecine du sport, le cabinet est plein. Vous faites du reconditionnement, du coaching, j'en passe et des meilleurs, vous vous occupez des sportifs de [club de football local] il n'y a aucun problème. Là. Mais pour s'occuper des hémiplegiques, des enfants handicapés, des patients âgés à domicile, ça c'est un problème. »

Entretien avec un doyen de faculté de médecine de province, de filière MPR, 11/04/2019.

L'espace des sports montre une des possibilités d'exercice des kinésithérapeutes dont la part réelle est peu évaluable, la plupart des exercices professionnels étant mixtes entre une activité de soins conventionnés et des interventions sportives. Mais cet exercice refuge, à distance de la médecine, permet une activité autonome : le kinésithérapeute ne rend pas de comptes à l'administration ou au médecin mais à son client (association sportive, sportif professionnel, entreprises de placement ou de management). Son cadre d'exercice n'est plus codifié par la prescription médicale permettant une socialisation de son coût de prise en charge mais par une tarification décidée avec le client. Cette part d'exercice autonome est minoritaire, une grande partie se déroule, en France, sous un couvert conventionnel (le médecin diagnostique une lésion, qui est prise en charge au titre de l'Assurance Maladie) donc nettement plus dominée formellement, mais l'autonomie de quelques-uns légitime une prétention à l'autonomie des autres. La possibilité d'échapper à l'auxiliarat médical, qui plus est par un exercice symboliquement et socialement gratifiant, à défaut de toujours l'être économiquement, ouvre le champ des possibles à l'ensemble du groupe professionnel.

D'autres exercices hors du champ médical sont possibles : j'ai pu rencontrer une kinésithérapeute ayant un exercice d'ergonome en entreprise ou une autre donnant uniquement des cours de Yoga. Jérôme

⁴⁵⁹ Classement des joueurs professionnels de tennis. 62^{ème} joueur mondial ici.

Michalon évoque un kinésithérapeute, Hubert Lallery, qui s'est dirigé vers la rééducation par l'équitation, comme d'autres travailleurs dominés du champ médical⁴⁶⁰. A l'image du cas du sport, le diplôme de kinésithérapeute y est revendiqué, le contenu de l'activité est en grande partie appris au sein des IFMK (soins des muscles, postures adéquates, apprentissage des étirements et du gainage), la légitimité provient en grande partie du statut de soignant officiel (par délégation médicale) et des formes d'exercices mixtes peuvent co-habiter. Néanmoins, tout comme dans le sport, la tutelle médicale est absente et la relation se fait directement à l'employeur, qu'il soit client ou entreprise.

La kinésithérapie n'est donc pas restreinte au champ médical. Des possibilités de déplacements vers d'autres espaces existent. Là, le médecin n'est plus qu'une forme tutélaire abstraite, à l'origine de la codification d'une partie des savoirs appris. Ces possibilités diminuent la domination sur l'ensemble du groupe (même en exerçant sous domination médicale, la possibilité de s'en extirper existe), valorisant les kinésithérapeutes au sein du monde paramédical.

Changer de pays : rejoindre une écologie plus favorable à la kinésithérapie.

Une autre modalité de déplacement dans l'espace social consiste en un déplacement géographique, c'est-à-dire une migration vers un autre pays. La position des kinésithérapeutes peut ainsi être jugée plus enviable dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, où la domination médicale est moindre et l'autonomie des kinésithérapeutes plus affirmée. Tout en offrant une possibilité de déplacement social, la migration donne à voir aussi des logiques de professionnalisation dépendantes de contextes nationaux variables.

Pour évaluer l'importance de ces flux, à l'inverse de l'immigration⁴⁶¹, il n'existe que peu de données quantifiées car il n'y a pas de déclaration de départ⁴⁶². Néanmoins, on peut empiriquement estimer que ce phénomène est de faible ampleur : au Québec, support de l'analyse, la reprise d'étude est obligatoire et n'est possible qu'au sein d'une seule université, ce qui permet d'estimer ce nombre à une dizaine

⁴⁶⁰ Jérôme MICHALON, « The Rise of Therapy Animals' Personhood: A Note on the Ontological Dimensions of Professional Dynamics », *Humanimalia : a journal of human/animal interface studies*, 11-2, 2020, p. 32.

⁴⁶¹ L'immigration nécessite d'obtenir une autorisation d'exercice en France. Il est alors possible de comptabiliser les autorisations accordées.

⁴⁶² Un travail pourrait cependant être imaginé en recensant auprès de toutes les écoles françaises les demandes de dossiers scolaires, à priori nécessaires à la demande d'exercice dans les pays d'accueils. Il y aurait deux limites toutefois : tout d'abord même si les pays auprès desquels j'ai mené l'enquête (USA, Canada, Australie, pays européens) demandaient des dossiers scolaires complets, accessibles uniquement auprès des écoles, cela n'est pas exhaustif. Il est imaginable que, dans de nombreux pays du monde, l'autorisation d'exercice soit possible avec des dossiers plus succincts (diplômes uniquement par exemple) et donc ne nécessitant pas de demandes auprès des écoles. De plus, et c'est l'un des points d'entrée dans cette thèse, tous les kinésithérapeutes exerçant en France ne sont pas diplômés français (autour de 20% des inscrits au tableau sont diplômés à l'étranger en 2018, en constante augmentation selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes). Les renseignements auprès d'IFMK français passeraient donc sous silence toute cette frange du métier, pourtant experte en migration. C'est pour ces raisons que la quantification de l'émigration n'a pas été entreprise ici, ce qui contrastera avec le travail sur l'immigration.

d'individus maximum par an. Initialement, ce phénomène a été étudié dans une optique de décentrage par rapport aux phénomènes d'émigration vers la France. Si des kinésithérapeutes du Sud et de l'Est de l'Europe viennent exercer en France, il semblait intéressant de comprendre la migration des kinésithérapeutes français vers des pays du Nord, ou, le plus souvent, vers la « sphère anglo-saxonne » (Grande Bretagne, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada et USA)⁴⁶³. Cette population n'a donc pas été pensée initialement comme un objet de recherche à part entière et ce n'est qu'ultérieurement, dans la phase d'analyse des données, qu'une certaine unité et volonté de déplacement dans l'espace social s'est révélée un thème unificateur de ces parcours. Sept entretiens ont été menés avec des kinésithérapeutes français ayant eu une expérience au Québec, ainsi que cinq autres entretiens, proches mais non détaillés ici, avec des kinésithérapeutes français ayant des expériences dans les autres pays anglo-saxons évoqués. A ces entretiens, il faut ajouter l'entretien avec la responsable du seul cursus de formation pour les étrangers permettant d'obtenir l'équivalence avec le diplôme de kinésithérapeute québécois.

Le choix du Québec présente une particularité vis-à-vis des pays scandinaves ou anglo-saxons de langue anglaise : c'est un état francophone au sein de la fédération canadienne⁴⁶⁴. Le « coût de déplacement » est ainsi réduit par rapport aux pays anglophones (langue régulièrement apprise mais dont la maîtrise peut manquer pour émigrer) et à plus forte raison dans les pays à langue tierce⁴⁶⁵. De plus, la kinésithérapie québécoise, si elle dispose d'une autonomie et d'une protection de son diplôme supérieures à son homologue française, reste pourtant un peu plus accessible que dans d'autres pays anglophones⁴⁶⁶. Ainsi, il existait de 2011 à 2019 un accord dit de l'ARM, Accord de Reconnaissance

⁴⁶³ Là encore la quantification n'a pas été possible. Il s'agit de propos indigènes plébiscitant ces destinations.

⁴⁶⁴ Marianne MEQUIGNON, Amélie KECHICHIAN, Simon LAFRANCE, Anthony DEMONT et François DESMEULES, « Francophonie et physiothérapie au Canada : spécificité d'un pays bilingue », *Kinésithérapie, la Revue*, 19-212-213, 2019, p. 42-47.

⁴⁶⁵ Les pays scandinaves sont souvent cités dans les aspirations, et nous avons rencontré un kinésithérapeute qui y a exercé mais avec une connaissance préalable de la langue.

⁴⁶⁶ Le cas Australien, précurseur de l'accès direct au kinésithérapeute sans passage par le médecin (dès 1976), montre une très grande protection de son domaine d'exercice avec la nécessité pour les français de re-faire (les australiens diraient sans doute « faire ») la quasi intégralité du cursus (entrée en 2^{ème} année si bonne maîtrise de l'anglais). Cette autonomie de la kinésithérapie australienne se manifeste par une capacité à s'emparer des savoirs habituellement réservés aux médecins (les dissections pratiquées par les étudiants kinésithérapeutes sont un exemple typique) mais aussi à le réarranger d'une manière autonome : c'est-à-dire autour de thématiques propres à la kinésithérapie plutôt qu'en suivant le découpage de la nosologie médicale :

« On a eu des labos, pareil, avec dissection de cerveaux, etc, et du coup toute l'anatomie, tout ça, tu le vois en chair et en os, et du coup ça me parlait beaucoup plus. Et le côté plus... Rééducation. Au niveau neuro... euh... Là, comme c'est basé ici... Après peut-être qu'ils ont changé la façon d'enseigner en France, je n'en sais rien, mais dans mon souvenir on apprenait « ah tiens, telle maladie... » par exemple en cardio respi, l'asthme : c'est ça, c'est ça, le traitement qu'on fait avec un patient asthmatique... après on parle de la BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive], on fait ci et ça avec ces patients... Que ici [en Australie], ils prennent beaucoup plus par problème : c'est quoi le problème de ce patient, donc un patient neuro c'est quoi son problème... ah c'est un problème... Son tonus, il est beaucoup trop élevé. Peu importe s'il est paraplégique ou s'il a eu un AVC mais si son problème c'est le tonus, ben on a ces techniques là pour essayer de diminuer son tonus par exemple. Ou ce patient il a un problème... Il arrive pas à prendre appui sur son côté sain, pourquoi, et qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ça. Donc plus... C'est le raisonnement qui a été très différent pour moi. Plutôt que le côté recette un peu... ou... ouais... »

Mutuelle entre France et Québec⁴⁶⁷. Cet accord, bien que déséquilibré entre des physiothérapeutes québécois ayant peu de barrières à la venue en France et des kinésithérapeutes français ayant des conditions de reconnaissance beaucoup plus drastiques a été suspendu à compter de 2019 avec la réingénierie de la formation française, qui a entraîné une demande de re-discussion de la part du CNOMK français.

De 2011 à 2019, il existait une convention, nommée ARM (Accord de Reconnaissance Mutuelle) tout à fait particulière reliant l'Ordre des kinésithérapeutes français, le Ministère de la Santé français et l'Ordre des physiothérapeutes québécois. En elle-même, la tripartition de l'accord montre une différence d'organisation du travail en santé, avec deux signatures conjointes, administrative et professionnelle en France, pour une signature québécoise uniquement professionnelle. L'ARM codifiait les procédures d'obtention de la reconnaissance réciproque du titre professionnel :

-Pour un québécois venant en France, il existait deux cas de figure, car deux métiers hiérarchiquement bien distincts : d'une part, le « thérapeute en réadaptation physique » (TRP) est formé dans des CEGEP⁴⁶⁸, voit son domaine d'exercice limité (pas de pédiatrie par exemple) et « *appliqu[e] les techniques de physiothérapie* »⁴⁶⁹ sous prescription du médecin ou sous contrôle du « physiothérapeute ». D'autre part, le « physiothérapeute », lui, est titulaire d'un master d'université et « *évalue, établit les objectifs, planifie la rééducation, assure un suivi et juge de l'évolution* »⁴⁷⁰. Les « thérapeutes en rééducation physique » avaient une équivalence sous condition de reprises d'études en France (500heures, avec examens) et de stages (18 semaines). Les « physiothérapeutes », eux, devaient simplement rattraper quelques heures de cours de législation, déontologie et prévention ou encore de promotion de la santé (40heures sans examen) et 8 semaines de stage (dont la moitié en libéral).

-Pour les français venant au Québec : ils pouvaient obtenir l'équivalence avec le « thérapeute en réadaptation physique » (moyennant 300 heures de formations, avec examen et la réalisation de 225 heures de stages). Par contre l'équivalence avec « physiothérapeute » n'était que rarement possible. Seuls les diplômés de l'IFMK d'Amiens et de Grenoble ayant co-validés dans leur formation une première année de master en sciences de la rééducation pouvaient y prétendre (ces deux IFMK avaient historiquement développés, via des conventions, des diplômes universitaires parallèles aux

(Entretien avec Raphaëlle, kinésithérapeute française, d'origine parisienne (père directeur d'une grande administration, mère au foyer après des études d'art), mariée à un ingénieur ayant eu un poste en Australie où elle l'a suivi et a réalisé le cursus de formation de kinésithérapeute. 21/11/2019.)

Autonomie et protection du diplôme sont deux versants d'une même problématique des professions, avoir un objet propre et contrôler les travailleurs y postulant.

⁴⁶⁷ Il est possible que cet accord spécifique soit issu d'une volonté de distinction du Québec des autres Etats canadiens de langue anglaise. La défense de leurs particularismes peut pousser les québécois à maintenir des ponts avec la France.

⁴⁶⁸ Collège d'Enseignement Général Et Professionnel, système unique au Québec de formation intercalée entre le secondaire et l'université.

⁴⁶⁹ Vu sur le site gouvernemental d'orientation scolaire québécois <http://avenirensante.gouv.qc.ca/> le 20/06/2020

⁴⁷⁰ Vu sur le site gouvernemental d'orientation scolaire québécois <http://avenirensante.gouv.qc.ca/> le 20/06/2020

Diplômes d'Etat -D.E.-). Ces uniques candidats devaient alors refaire un an de formation (688 heures, avec examens) et des stages (16 semaines). Les autres diplômés français ne pouvaient prétendre à obtenir une équivalence avec le titre physiothérapeute.

Cet accord était donc déséquilibré dans la reconnaissance des propriétés réciproques des kinésithérapeutes français et des « physiothérapeutes » québécois. Les prescriptions de mesures compensatoires montrent qu'en dehors de rares cas de cursus français considérés comme universitaires, les kinésithérapeutes français étaient plutôt assimilés aux « techniciens en réadaptation physique ». Et même lorsque le cursus était reconnu comme universitaire, l'équivalence ne se faisait qu'au prix d'un an et demi de reprise de formation (théorique, pratique, stage)⁴⁷¹. Bien qu'un peu à part dans un Canada anglo-saxon, et donc cherchant à établir des liens spécifiques avec la francophonie, les « physiothérapeutes » québécois étaient donc persuadés de leur meilleur cursus et statut. Ce sentiment est à rapprocher avec l'élitisme affiché des universités, contrastant avec le recrutement plus ouvert des CEGEP ⁴⁷². L'ARM, s'il marquait une volonté officielle de collaboration, restait très discriminant dans son application. A ce jour, les négociations pour obtenir une version plus favorable aux kinésithérapeutes français, suite à la réingénierie du diplôme hexagonal dont les premiers diplômés sont sortis en 2018, sont au point mort.

Cet ARM avec la France routinise l'entrée des kinésithérapeutes français dans le système d'équivalence québécois. Avant l'ARM, l'ordre avait toute latitude pour décider de mesures compensatoires, ce qui se traduisait le plus souvent par une demande de reprise de cursus initial quasi-complet (seuls quelques stages ou épreuves techniques pouvaient être pré-validés). Avec la mise en place de l'ARM, les diplômés français non universitaires ne peuvent prétendre qu'à une reconnaissance technique. Ils deviennent alors « TRP » et exercent sous le regard des « physiothérapeutes ». Les diplômés universitaires peuvent éventuellement être reconnus comme « physiothérapeutes » québécois, mais au prix d'un parcours long (16 mois de formation), ce qui montre le protectionnisme important autour du titre de « physiothérapeute ». Le changement a pour origine les tensions sur l'offre de soin au Québec. Le programme ARM est le résultat d'une injonction du ministère de la Santé québécois à augmenter la masse de professionnels de santé pour améliorer l'offre de soin. En réponse, l'ordre des « physiothérapeutes », réticent à augmenter la concurrence entre professionnels, propose donc ce programme d'équivalence, subventionné par le Ministère de l'Éducation québécois, en prenant bien soin de conserver un droit d'entrée élevé :

« Ça a débuté par une volonté du Ministère, en fait, de faciliter l'intégration à l'emploi des nouveaux arrivants. Puis, une des façons justement de favoriser ça, c'était de créer ce genre de programme-là. Donc il y a des fonds qui ont été débloqués au niveau des Ministères, entre

⁴⁷¹ A l'image des universités australiennes, une université québécoise propose d'ailleurs un programme dédié aux physiothérapeutes étrangers.

⁴⁷² Pierre DORAY, Pierre CANISIUS KAMANZI, Elise COMOE, Jake MURDOCH et Stéphane MOULIN, « Les inégalités dans l'enseignement postsecondaire et leur mesure : l'exemple canadien. », in *Inégalités sociales et enseignement supérieur*, De Boeck Supérieur, 2017, p. 47-68.

autres les Ministères de l'Éducation. Donc les fonds qui ont été remis à l'Ordre professionnel, l'Ordre de la physiothérapie, puis l'Ordre de la physiothérapie avait la responsabilité d'améliorer le parcours de formation des étudiants. Mais eux, ils ne donnent pas de formation, donc ils ont fait comme un appel d'offre à toutes les universités donc est-ce qu'il y a des gens qui seraient intéressés à développer un programme personnalisé pour cette clientèle-là et tout ça. Puis nous, ben l'Université [québécoise], on avait envie de relever ce défis-là, donc c'est comme ça... On a répondu à cet appel d'offre-là et puis on a eu le budget pour pouvoir développer le programme. Donc c'est vraiment partie d'une volonté du Ministère... De faciliter l'accès au travail des gens de différentes professions mais entre autres de ceux qui sont régis par les ordres professionnels »

Entretien avec Luna, physiothérapeute québécoise titulaire d'un doctorat, professeure d'université et coordinatrice du programme de qualification pour les étrangers, 02/05/2019

Ce programme de qualification contient quelques enseignements propres à l'approche du soin anglo-saxonne, c'est-à-dire gestion de clientèle, commerce, communication, gestion du stress... Mais surtout une grande part d'apprentissage du diagnostic :

« En France les kinés ils travaillent sous prescription médicale. Alors qu'ici un patient peut directement venir dans notre clinique, on doit faire un bilan complet et une évaluation, poser un diagnostic puis décider est-ce que c'est un patient que nous on peut prendre en charge ou est-ce que c'est un patient qu'on doit référer à un autre professionnel ou à un médecin... Ou etc. Donc c'est vraiment comme cette responsabilité-là d'accès direct qui distingue les deux professions et qui distingue les professions entre kinésithérapeute et physiothérapeute ici au Québec. Donc je dirais que la grosse différence c'est vraiment l'évaluation, le raisonnement clinique, être capable de poser un diagnostic, un pronostic, c'est tout ça-là qui... Qui est différent »

Entretien avec Luna, 02/05/2019

Outre le contexte de protection du titre québécois, dans le contenu du travail, c'est l'autonomie de la médecine qui explique l'exigence en matière de reprise d'étude. Les québécois ont un travail diagnostic et pronostic institutionnalisé, qui justifie, pour ces acteurs, la hiérarchisation des métiers de physiothérapeute québécois et de kinésithérapeute français.

Parmi les français ayant une expérience québécoise, le cas de Laurent permet de mettre le doigt sur le déplacement professionnel ressenti au contact de la pratique québécoise.

Originaire d'une zone périurbaine d'une ville moyenne de province, Laurent est le second fils d'employés de banque. Son frère de 7 ans son aîné est pharmacien. Bon élève sans être brillant, il passe un bac S sans mention ni projets d'orientation clairs. À l'issue de celui-ci, il intègre une école d'ingénieur en informatique parisienne, privée et de second rang, où il « s'ennuie » rapidement. Il n'y passe qu'un an et se réoriente alors en faculté de médecine, en PCEM1 (première année commune aux études médicales) avec l'ambition de faire médecin. Ses parents, dotés de capitaux économiques, soutiennent ce projet par une location d'appartement et une classe préparatoire privée en sus des cours « officiels ». Bien que l'UFR médecine en question offre des places pour les filières alternatives de sage-femme ou kinésithérapie, Laurent n'obtient pas le classement suffisant pour intégrer le moindre cursus. En conséquence de quoi, il se réoriente une troisième fois en faculté de biologie, avec l'idée de rejoindre

une école d'ingénieur agro-alimentaire par passerelle. C'est pourtant là qu'il découvrira une passerelle vers la kinésithérapie :

« Là il y avait une passerelle pour faire kiné, j'ai appris ça en cours d'année. Donc, à ce moment-là, je me suis dit je vais aller voir ce que c'est un kiné et j'ai demandé à un ami qui était kiné si je pouvais aller voir comment est-ce qu'il travaille pour me faire une idée... Est-ce que je veux ça ou est-ce que je veux pas ça en fait. Donc je suis allé le voir travailler pendant une journée. [...] C'était en cabinet libéral. C'était quelqu'un qui avait soigné mes parents déjà et qui est devenu un ami après on va dire. [...] Donc j'ai été voir, ça m'a plu et puis là j'ai postulé et ils prenaient 6 personnes des gens qui venaient de l'université dans la partie biologie. C'est une passerelle qui existait [dans cette ville A] au moment où j'ai fait les études, et puis j'ai été pris donc c'est comme ça que ça a démarré pour faire kiné. »

La vocation n'est pas évoquée par Laurent, mais plutôt une idée de promotion sociale : si ses parents sont employés bancaires, son frère est en pharmacie et lui tergiverse entre ingénieur et médecin avant de se rabattre sur la kinésithérapie.

A l'issue de son diplôme, il enchaîne avec une formation d'ostéopathe, exerce quelques temps tout en s'installant en couple avec une conjointe pharmacienne. Celle-ci a déjà une expérience québécoise liée à un échange universitaire et le couple décide de tenter une migration. Laurent semble à l'origine du départ, envisageant la pratique québécoise comme plus attrayante que son exercice français.

Doté d'un diplôme de kinésithérapie universitaire (son IFMK A est précurseur en la matière), il peut obtenir rapidement l'équivalence avec le Thérapeute en Rééducation Physique (quelques heures de stage et examens). Mais ce n'est pas son objectif en partant au Québec :

« Tu as pas le droit de faire d'évaluations quand tu es thérapeute en réadaptation physique, tu fais que des traitements et tu n'as pas le droit de traiter certaines personnes comme les enfants. Ou des personnes qui ont des conditions compliquées [...] Je me voyais pas être thérapeute en réadaptation, ça serait comme régresser, donc je me suis dit, si je peux pas faire d'évaluations je ne vois pas trop l'intérêt. Je sais pas si honnêtement il y en a, des français, qui ont fait thérapeute en réadaptation physique, ça m'étonnerait quoi. Après kiné, faire ça là-bas, ça serait comme régresser, donc je suis pas sûr que ça intéresse tant que ça. Enfin je veux dire : imagine, tu es ingénieur en France et on te dit ben tu vas être technicien, l'équivalent de celui qui a fait deux ans d'études ici et en plus il faut que tu refasses des études, je dirais ouais c'est bon quoi. »

Le déplacement social n'est envisagé, de sa part, que vers le haut, d'où le choix de physiothérapeute :

« Laurent : le travail au Québec nous attirait par rapport aux compétences aussi. Ici, tu as un peu plus de possibilités, c'est un peu plus flexible sur le travail vu que t'es pas dépendant du... Médecin comme en France, par rapport à la prescription en fait. Tu as un peu plus de marge de manœuvres ici [...] Les gens, en fait, ils vont des fois avoir un point de suspicion de fracture mais ils sont pas certains, ils vont pas aux urgences et ils vont venir te voir en fait. Pour avoir ton avis et savoir si tu penses que c'est une fracture ou pas. Donc... là on va avoir le droit cette année de prescrire des radiographies... Le texte sort normalement le mois prochain pour être applicable

Enquêteur : Ça c'est quelque chose que tu savais avant de partir ?

Laurent : Ouais. La radiographie non parce que ça c'est nouveau, mais sur le reste ouais, et après je pense que les perspectives d'évolution, là, sont assez intéressantes puisqu'ils veulent aussi dans un avenir peut-être prescrire des médicaments antalgiques des choses comme ça et tout, je pense de belles perspectives d'évolution »

Ses motivations à cet exercice professionnel ne sont pas sans rappeler ses tentatives en médecine :

« [C'est] toi qui peut voir un patient sans prescription et ici les gens... vont assez facilement voir le kiné, qu'on appelle physiothérapeute ici, sans prescription quoi. C'est plus ça, des fois, qui me faisait dire que j'aurais bien aimé des fois être médecin. »

Il retrouve en quelque sorte, dans le physiothérapeute québécois, le médecin spécialisé qu'il n'a pas pu devenir en France.

Sa participation à un cursus d'équivalence long est permise par sa compagne, qui, aidée par son échange lors de ses études, a pu exercer directement comme pharmacienne et assurer la subsistance du couple.

De son cursus de formation québécois, il retient essentiellement la place prépondérante de l'évaluation sur le traitement et quelques différences d'organisation du travail, notamment le processus « commercial » de captation de clientèle payante, avec une moindre socialisation des dépenses de santé. Si ce dernier point lui semble un peu dommageable, il se montre malgré tout ravi de son autonomie de pratique et de sa reconnaissance financière :

« Tu fais une évaluation d'une heure. Tu fais ton questionnement au début 15 minutes, après ton évaluation sur le patient, sur les examens de base mais, vu qu'il a pas forcément vu le médecin avant, tu as pas mal de tests à faire aussi, de dépistages de problèmes centraux. Par exemple. Et... Une fois que tu as fait ça, tu lui fais son traitement, tu lui donnes son plan d'exercice. Après, il faut que tu prépares ses exercices. Donc là, on a un logiciel en fait qui envoie des vidéos au patient, qui montre tous les exercices, tu prépares les exercices là-dessus. Et... Par rapport au coût qu'une séance a, ici au Québec, par rapport à la France, c'est un coût qui est nettement supérieur. Pour une demi-heure de traitement c'est 75 dollars donc c'est l'équivalent de 50 euros, donc ça fait du 100 euros de l'heure. Voire des fois ça peut-être plus cher aussi, des traitements, des fois, qu'on fait plus cher encore. »

Heureux de son choix, il n'envisage donc pas de retour en France :

« Par contre revenir en France... ça resterait plus pour la famille quoi, et certaines choses qui nous manquent en France, les amis, les habitudes de vie. Mais... La bouffe... Mais... Le travail en France je pense que ça serait compliqué par contre par rapport à... Au quotidien quoi, de ce qu'on fait. Ici c'est quand même plus intéressant quoi. Les possibilités ici sont vraiment plus intéressantes... Euh... Je trouve... Moi, je vois, je fais plein de trucs que je pourrais pas faire aussi facilement en France, genre je participe à des projets de recherche. J'ai des patients avec des protocoles. [...] Le travail, comme je disais, le fait de s'affranchir du médecin c'est... ça crée quand même une réalité qui est assez différente... qui est vraiment intéressante. Les gens ils te voient comme un physio mais ils se disent pas c'est un... Ils te disent t'es un physio, tu connais ton job, tu fais ton job comme ça quoi. Je pense que si c'est un médecin qu'il faut voir, je dis c'est un médecin qu'il faut voir, je dis pas quoi faire quoi, il fait son job quoi, et le médecin c'est pareil il va pas me dire ce que je dois faire »

La kinésithérapie dans les pays anglo-saxons est attractive pour les kinésithérapeutes français⁴⁷³. Le cursus est universitaire, avec une filière de recherche pour améliorer la pratique⁴⁷⁴, c'est-à-dire la

⁴⁷³ François MAIGNIEN, « La kinésithérapie française rejoint la physiothérapie internationale », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-167, 2015, p. 18-20.

⁴⁷⁴ Agnès BARTHELEMY, Robert FORGET, Jacques VAILLANT et Cyril DUCLOS, « La physiothérapie et les sciences de la réadaptation au Québec : une source d'inspiration pour l'évolution de la masso-kinésithérapie française ? », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-161, 2015, p. 31-36.

capacité à améliorer les occurrences de devenir positif quant à la motricité du client, mais aussi pour le faire savoir. La domination médicale est amoindrie, avec un positionnement plus proche du pair de spécialité médicale dominée que de l'auxiliaire subalterne⁴⁷⁵. Enfin, le contrôle sur le titre professionnel est très ferme de la part de l'Ordre québécois. Si cela augmente le coût de la migration pour les kinésithérapeutes français, c'est cette protection jalouse de la corporation des physiothérapeutes qui explique pour partie la place plus privilégiée occupée par ses membres. L'Etat québécois, a largement délégué le travail de contrôle de la pratique et des titres permettant son exercice aux corporations. S'il peut toujours exercer une pression forte sur les Ordres, comme ici pour accepter des kinésithérapeutes étrangers, l'Ordre des physiothérapeutes a une autonomie pour mettre en place des solutions ménageant sa protection du marché du travail. Ainsi, au Québec, la réponse à la divergence d'intérêt entre l'Etat, qui souhaite un service disponible pour tous, et la profession, qui souhaite maintenir un contrôle du nombre strict pour valoriser le titre, est l'obtention, par les physiothérapeutes, de la tutelle sur les Thérapeutes en Réadaptation Physique. Ceux-ci, dont le titre est créé à la fin des années 1970, voient leurs demandes de reconnaissance autonome des physiothérapeutes échouer dans les années 1990. Ils sont placés sous la tutelle de l'Ordre des physiothérapeutes à partir des années 2000⁴⁷⁶. Afin d'augmenter le nombre de professionnels, le Ministère de la Santé québécois a demandé plus récemment une amélioration de l'accueil des praticiens étrangers, ce que l'Ordre a fait avec le programme de qualification, mais à ses propres conditions. Autrement dit, ayant obtenu mandat sur un domaine du soin autonome des médecins, les physiothérapeutes se posent en profession dominante et incontournable de leur écologie professionnelle.

Bien que ces caractéristiques s'avèrent attractives pour les kinésithérapeutes français, les départs sont pourtant peu nombreux : le programme de qualification n'admet qu'une vingtaine d'étudiants par an, français mais aussi issus d'université libanaises ou du Maghreb, voire d'Amérique du Sud, bien que, dans ce dernier cas, la barrière linguistique exerce un rôle sélectif. Une explication importante réside dans le fait que l'ARM ne concernait que deux écoles françaises universitaires sur une quarantaine (et qu'il est à ce jour suspendu). De plus, si la position dans l'écologie de la santé française, c'est-à-dire l'écologie des médecins, est plus modeste que ce qui est entrevu dans le cas québécois, la position sociale dans la société française reste favorisée. Leurs revenus sont supérieurs aux revenus médians, il n'y a pas de chômage et ils disposent souvent d'une liberté de fait dans leur travail (le prescrit n'est pas toujours le réel). Aussi le cas québécois est plus mobilisé comme une représentation de l'autonomie professionnelle à acquérir qu'envisagé comme un déplacement massif au sein du groupe professionnel français. Mais, comme dans le cas du sport, cette possibilité pour quelques-uns alimente la légitimité des autres à se projeter dans cette situation et donne une appétence pour ce déplacement possible dans

⁴⁷⁵ Marianne MEQUIGNON, « Bénéfice des physiothérapeutes dans les services d'urgence : rôles émergents des kinésithérapeutes à l'international », *Kinésithérapie scientifique*, 596, 2018, p. 27-33.

⁴⁷⁶ J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit, p. 217.

l'espace social. Elle ouvre les possibles pour la corporation française dans son ensemble, dans un champ médical jusqu'à présent centré sur la profession médicale.

Le système du travail professionnel est organisé en corporations décourageant les déplacements sociaux. La santé est un exemple extrême de ce positionnement en corporations distinctes bien qu'ayant un objet du soin commun. Les mobilités entre elles sont découragées par l'établissement de territoires du soin réservés et liés à la possession d'un diplôme. Dans ce cadre, le déplacement vers le haut de la hiérarchie sociale du champ médical est difficile⁴⁷⁷. Pour autant, des déplacements à la marge existent. Les kinésithérapeutes peuvent trouver des formes d'autonomie en choisissant les médecins avec qui ils collaborent. Une forme de reconnaissance respectueuse s'établit alors, donnant une marge d'imposition d'un diagnostic différentiel et permettant une autonomie de pratique. Ils peuvent quitter le champ médical en proposant leurs services dans l'espace des sports, du bien-être, de l'industrie, ou, pourquoi pas, de la culture (kinésithérapeutes des musiciens, des danseurs de ballet etc...). Enfin, ils peuvent choisir un déplacement géographique pour rejoindre des pays où les jeux inter-corporations et le positionnement différent de l'Etat ont conduit à une place écologique jugée plus enviable.

Les kinésithérapeutes français sont donc des thérapeutes par délégation du corps médical. Ils se singularisent non pas par un strict lien hiérarchique aux médecins mais par un domaine d'expertise propre, thérapeutique, peu investi par les médecins : le domaine de la motricité altérée. Le désintérêt médical couplé à des mobilisations des kinésithérapeutes ont conduit à des plages d'autonomie dans la formation et l'exercice, voire aujourd'hui dans la recherche (ce qui sera développé au chapitre 4). Pour autant, les évolutions sont très lentes dans un domaine d'activité humaine particulièrement stable et hiérarchisé : depuis 1892 en France dans la loi, et sans doute au moins depuis la naissance de la clinique dans les faits, la médecine est la corporation qui définit ce qui est de l'ordre du soin légitime et ce qui ne l'est pas. Cet état de fait entraîne des ajustements des kinésithérapeutes qui peuvent adopter plusieurs stratégies pour évoluer dans cet espace social contraint. Parmi celles-ci, une des plus radicales⁴⁷⁸ consiste en une migration. C'est ce mode de déplacement dans l'espace social (en sus de l'espace géographique) qui influe aussi largement sur la situation française avec l'apparition de mobilités entrantes, de kinésithérapeutes issus de pays où leur position écologique est vue comme plus défavorable.

⁴⁷⁷ Dans le champ médical, organisé selon le système professionnel, l'autonomie de pratique est un point central du processus de hiérarchisation qui nous intéresse spécifiquement. Pour autant, tous les déplacements n'ont pas pour but de développer plus de professionnalisme. Des déplacements vers des positions de chef d'entreprise sont ainsi possibles en kinésithérapie, par le développement de cabinets importants, employant de nombreux kinésithérapeutes et sources de valorisation financière. Il s'agit alors d'un déplacement attractif pour certains acteurs, sans qu'il ne soit vers le haut de la hiérarchie du champ médical.

⁴⁷⁸ Au moins en termes de vie personnelle, la migration entraînant un détachement d'une partie du cercle familial et amical, en sus de la perte de repères culturels.

Section 2 : les kinésithérapeutes français dans l'espace européen, une position plutôt attractive

Des émigrations existent. Si le cas québécois a été détaillé, elles existent aussi dans l'espace européen, avec une attirance pour la Grande Bretagne (jusqu'à sa sortie de l'Union Européenne -UE- tout au moins) et les pays scandinaves (mais la langue est alors un rempart important). Dans les faits cependant, la France est plus soumise à une immigration de kinésithérapeutes formés à l'étranger qu'à une émigration. Les conditions écologiques différentes proposées plus haut y sont heuristiques, l'écologie française possède une certaine attractivité, mais il faut ajouter une forme d'aller-retour domestique. Depuis les années 1990, il existe des migrations importantes de français allant se former à l'étranger, dans des pays où l'accès à la filière est plus facile, avant de revenir exercer en France diplôme en poche. Selon le CNOMK⁴⁷⁹, en 2017, sur 85 000 kinésithérapeutes inscrits au tableau, 20 000 sont à diplômes européens (dont 10 000 français), soit 24,5% du corps. Par comparaison, au sein de la profession médicale en 2017, 11% des médecins étaient titulaires d'un diplôme étranger⁴⁸⁰. Concernant les nationalités des personnes, là encore des différences entre les kinésithérapeutes et les médecins existent : pour les kinésithérapeutes, 12,3% des inscrits au tableau sont étrangers, principalement européens⁴⁸¹, tandis que les autres inscrits avec des diplômés étrangers sont en réalité des citoyens français. Chez les médecins, à l'inverse, les diplômés étrangers de nationalité française sont marginaux et la majorité sont des étrangers extra-communautaires (seuls 3,5% des médecins inscrits au tableau sont des étrangers européens).

Pour les nouveaux entrants dans le métier, depuis la décennie 2010-2020, autour de 40% des nouveaux kinésithérapeutes enregistrés chaque année sont à diplômes étrangers. Concernant les médecins, le chiffre oscille autour de 12% de nouveaux inscrits à diplômes étrangers dans la période récente⁴⁸². Ainsi les diplômés étrangers sont plus nombreux chez les kinésithérapeutes que chez les médecins, phénomène qui tend à s'accroître au cours de ces dernières années. Leur origine de diplôme est bien plus européenne que pour les médecins, avec une part importante de français.

Les migrations, tant qu'elles restent théoriques ou modérées (cas des médecins avant l'élargissement européen à l'Est⁴⁸³), peuvent être l'objet d'une rhétorique professionnelle positive. Dans les années

⁴⁷⁹ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes, op. cit.*

⁴⁸⁰ Atlas de démographie médicale 2017, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

⁴⁸¹ Il n'y a pas de données chiffrées précises sur les extra-communautaires. La reconnaissance de leurs diplômes se fait via les mêmes commissions d'autorisation d'exercice que les européens, les chiffres que j'ai pu me procurer sur quelques années montrent des autorisations très marginales. Par contre, ces étrangers peuvent passer par une procédure d'entrée facilitée en IFMK français (procédure dite de « l'article 27 »), ils sont ensuite statistiquement invisibilisés par la possession d'un diplôme français.

⁴⁸² Ont pu être consultés les Atlas de démographie médicale 2017, 2018, 2019 et 2020

⁴⁸³ Selon le CNOM, 42 % des médecins à diplômes européens ont obtenu leur diplôme en Roumanie, soit une augmentation de 659 % entre 2007 et 2017 (la Roumanie est membre de l'UE depuis le 01 Janvier 2007). Le

1990, lors de la mise en place des premières législations de libre circulation, les écrits des kinésithérapeutes dans la presse professionnelle évoquaient plutôt les richesses apportées par les échanges⁴⁸⁴. De nos jours, ce discours devient réservé aux pays perçus comme modèles, le Québec en premier lieu⁴⁸⁵, c'est-à-dire aux pays où l'activité est jugée plus professionnelle (notamment via une moindre domination médicale).

Les flux migratoires entrants, notamment quand ils sont importants, sont, eux, vus comme une menace potentielle⁴⁸⁶. Or, les corporations ne peuvent pas toujours les empêcher efficacement. C'est les cas des mouvements de kinésithérapeutes intra Union Européenne, où la liberté de circulation et la reconnaissance des travailleurs fait partie intégrante de la construction de cet espace⁴⁸⁷. Cette législation cadrant les Etats⁴⁸⁸ a des répercussions sur l'organisation des systèmes de santé, malgré leur maintien officiel dans les compétences nationales⁴⁸⁹. Le système professionnel, qui doit beaucoup à la reconnaissance de l'Etat et à la protection du marché du travail, est fragilisé par des flux migratoires non contrôlés, libéralisant l'accès à la pratique. Pourtant, tous les groupes professionnels ne sont pas touchés de la même manière : les kinésithérapeutes connaissent des flux européens bien plus importants que les médecins. L'une des explications à l'ampleur de ce phénomène migratoire se trouve dans la comparaison, non pas des conditions de travail différentielles intra-professionnelles et inter-étatiques (revenus ou temps de travail, par exemple, pour la profession de médecin isolée⁴⁹⁰), mais dans la comparaison du statut professionnel au sens écologique d'Andrew Abbott⁴⁹¹ : inter-professionnel et inter-étatique. Un élément à mettre en relation avec les différences de taux de migrations entre les professions de santé n'est pas la simple différence de revenus entre les Etats, mais la différence de positionnement dans l'échelle sociale de chaque pays, différence elle-même étroitement liée à la reconnaissance d'une profession⁴⁹².

nombre de médecins roumains inscrits au tableau de l'ordre passe de 158 au 1er janvier 2007 à 819 au 1er janvier 2008). Pour plus de détails, voir Séchet et Valiscu, Raymonde SECHET et Despina VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », *HAL*, , 2012, p. 14.

⁴⁸⁴ C LEFRANC, « La libre circulation des kinésithérapeutes européens », *Annales de kinésithérapie*, 7, 1998, p. 5.

⁴⁸⁵ A. BARTHELEMY, R. FORGET, J. VAILLANT et C. DUCLOS, « La physiothérapie et les sciences de la réadaptation au Québec », art. cit ; F. MAIGNIEN, « La kinésithérapie française rejoint la physiothérapie internationale », art. cit ; M. MEQUIGNON, A. KECHICHIAN, S. LAFRANCE, A. DEMONT et F. DESMEULES, « Francophonie et physiothérapie au Canada », art. cit.

⁴⁸⁶ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

⁴⁸⁷ Jean-Yves CARLIER et Gautier BUSSCHAERT, « La libre circulation des personnes dans l'Union européenne : malheur aux immobiles ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, LII-4, 2013, p. 9 ; Cédric DURAND, « Cinq thèses sur l'Europe », *Revue française d'histoire des idées politiques*, 43, 2016, p. 19.

⁴⁸⁸ Paolo R. GRAZIANO, Sophie JACQUOT et Bruno PALIER, « Usages et européanisation: De l'influence multiforme de l'Union européenne sur les réformes des systèmes nationaux de protection sociale », *Politique européenne*, 40-2, 2013, p. 94.

⁴⁸⁹ Sébastien GUIGNER, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé*, 29-1, 2011, p. 81.

⁴⁹⁰ Carole CLAVIER, Patrick HASSENTEUFEL, Javier Francisco MORENO FUENTES et François-Xavier SCHWEYER, « Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni) », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 2011, p. 226.

⁴⁹¹ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁴⁹² « La profession fait office de modèle d'identification réciproque, avec l'aide duquel nous évaluons les gens qui "ont" cette profession dans leurs besoins personnels, leurs capacités, leur situation économique et sociale. [...] »

Pour envisager cet espace européen de la kinésithérapie, le lien entre formation et recherche sera un premier point d'analyse. Le second concernera le contrôle du nombre qui y a partie liée par l'intermédiaire de la formation. Enfin, il sera intéressant de prendre en compte les modes d'exercice et les coûts de ces soins selon les pays et la façon dont les variations du nombre les affectent. Ces différents éclairages, selon une approche institutionnaliste⁴⁹³, permettront de mettre en lumière la place de la kinésithérapie française dans un espace européen et la variabilité de la reconnaissance de l'activité. Il sera alors possible d'éclairer deux types de migrations : les migrations de travail et les migrations pour aller étudier la kinésithérapie à l'étranger et revenir. Ces deux migrations peuvent être considérées comme les marqueurs de deux versants du statut professionnel : un marché du travail protégé et attractif et une sélectivité des impétrants. Il sera alors montré les disparités nationales dans ces attributs professionnels.

Pour comprendre ces migrations, trois pays ont été au cœur de l'enquête : la Belgique, pays d'échange le plus ancien avec l'hexagone (618 AE -Autorisations d'Exercice- accordées en France en 2016 au moment de l'initiation de ce travail), l'Espagne, second très gros fournisseur de diplômés (523 AE), et le Portugal (autour de 200 AE), qui a pour particularité de proposer des flux de kinésithérapeutes importants sans frontière avec la France. Les cas roumains (autour de 200 AE), allemands (autour de 200 AE), suisses (peu ou pas d'AE) ou britanniques (peu ou pas d'AE) seront mobilisés épisodiquement sur certains points particuliers comparativement aux trois autres. Pour mener la recherche, les littératures grises et professionnelles ont été sollicitées, mais aussi des entretiens et observations avec des enseignants, directeurs, étudiants et professionnels, notamment dans les trois pays au cœur de l'analyse (Espagne, Belgique et Portugal). Enfin des données ordinales françaises, basées sur des remontées des commissions d'autorisation d'exercice, permettent de quantifier les flux (en nombre par nationalité et pays de formation).

a) Hiérarchies européennes : formation, contrôle du nombre, place dans le système de santé

Les trois thématiques de l'organisation de la formation, notamment l'universitarisation, du contrôle du nombre de travailleurs, notamment lié à une sélection des étudiants autorisés à suivre le cursus, et de

De fait, dans cette société où la vie dépend de la profession, la mentionner équivaut à délivrer quelques informations clés : revenus, statut, compétences linguistiques, centres d'intérêts éventuels, contacts sociaux etc ». Ulrich BECK, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2015, p. 296-297.

⁴⁹³ Olivier Nay propose que cette approche par les institutions permette de s'intéresser aux « règles sociales, normes d'action, représentations dominantes, conventions, modes d'organisations ». Cela correspond au projet de ce chapitre 1 de description de l'écologie dans laquelle s'inscrivent les kinésithérapeutes. Olivier NAY, « Les règles du recrutement politique. Pour une approche institutionnaliste de la sélection politique », *Politix*, 11-44, 1998, p. 161-190.

l'état du marché du travail selon l'organisation nationale des soins permettent de dresser le portrait de kinésithérapies plus ou moins proche du modèle professionnel⁴⁹⁴. Si l'approche par les règles et les normes en vigueur dans les pays laisse en suspens la question des marges que négocient inmanquablement les acteurs, cela permet de documenter les variables institutionnelles nationales qui orientent les choix des kinésithérapeutes de chaque pays.

L'universitarisation des structures de formation selon les pays

L'organisation de la formation est une caractéristique importante des professions. Il existe une opposition entre formations techniques et formations savantes. Les formations techniques préparent à l'application de procédures pré-établies, tandis que les formations savantes permettent l'appréhension de problèmes non standardisables : il s'agit de donner aux acteurs les connaissances solides leur permettant de trouver des solutions face aux problèmes posés. Il y a donc un enjeu de contenu, mais aussi un enjeu politique pour les corporations à organiser leurs formations selon le modèle le plus valorisé. Dans notre cas de la kinésithérapie, le modèle désiré est celui de la formation universitaire et il existe des disparités nationales dans les degrés d'universitarisation atteints. Concernant le contenu, l'accès à l'Université est aussi un gage d'investissement dans une recherche à même de soutenir les pratiques et de renforcer le soutien théorique au travail pratique des acteurs. Degré d'universitarisation et accès à la recherche sont, de ce fait, deux marqueurs du niveau de professionnalisme atteint par les groupes professionnels nationaux.

Le système de formation à la kinésithérapie européenne est en cours d'universitarisation. Deux forces poussent en ce sens. Tout d'abord le processus de Bologne, qui touche tout l'espace européen, débordant le cadre de l'UE⁴⁹⁵. Il s'agit d'un processus essentiellement cognitif, à adhésion volontaire, des Etats cherchant à obtenir plus de visibilité quant aux formations réciproquement proposées. Ce processus codifie trois niveaux de diplômes supérieurs : la licence, le master et le doctorat (LMD). Dans l'espace de la santé, cette uniformisation a rencontré un phénomène spécifique à l'UE, l'abolissement des frontières pour les travailleurs. Il s'agit d'un projet historique de la construction de l'UE, qui cherche à faire converger les qualifications non pas par l'organisation de l'enseignement mais par la reconnaissance de la qualification : *« il est indispensable que la Communauté réponde à l'attente des peuples européens en adoptant les mesures propres à renforcer et à promouvoir son identité et son image auprès de ses citoyens [...] [Elle] demande au Conseil et aux pays membres de mettre très*

⁴⁹⁴ Plus exactement de l'idéal-type d'Eliott Freidson distinguant les professions des autres modes d'organisation du travail. E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*

⁴⁹⁵ Pauline RAVINET, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé ? La formulation de la vision de l'Espace Européen d'Enseignement Supérieur en 1998 », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 29 ; Sarah CROCHE, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 11.

*rapidement à l'étude les mesures qui pourraient permettre de parvenir dans un délai rapproché, et en tout cas avant la fin du premier semestre 1985 [...] à un système **général** d'équivalence des diplômes universitaires de manière à rendre effectif le droit de libre établissement au sein de la Communauté»⁴⁹⁶.*

Cela s'est traduit pas une obligation faite aux Etats de reconnaître les titres des travailleurs de la santé des autres pays de l'UE via une directive de 2005, renforcée en 2013.

Ainsi, d'un côté, il y a une convergence sur l'organisation des durées de formation dans le supérieur : +3 (licence), +5 (master) et +8 ans(doctorat) d'études supérieurs tandis que, de l'autre, les titres professionnels doivent être reconnus, presque indépendamment de la formation y ayant mené. En effet, à compter de 2005, les contenus ou les durées de formation différentes ne sont pas recevables pour interdire l'exercice d'un métier jugé équivalent entre pays. Ils peuvent simplement donner lieu à des mesures compensatoires (stages ou évaluations à la discrétion du candidat et d'une durée limitée dans le temps). Ainsi, les « krakengymnasten » allemands, qui ne bénéficiaient pas de reconnaissance jusqu'alors (diplôme professionnel non universitaire, accessible sans baccalauréat et de trois ans)⁴⁹⁷, doivent aujourd'hui être reconnus à l'équivalent des kinésithérapeutes dans l'UE.

La réglementation européenne entraîne donc une diminution de la protection nationale sur les titres professionnels, dans un espace libre-échangiste où l'universitarisation (dans la lignée de Bologne) contribue à une mise en visibilité des offres de formation nationales.

Pour les kinésithérapeutes, la première ligne de différenciation entre les formations européennes est l'ancienneté et la nature de l'universitarisation. En Belgique francophone coexiste, de manière historique, Universités et Hautes Ecoles de santé. Le processus LMD a contribué à un alignement de la durée de formation en Hautes Ecoles sur la formation universitaire, à savoir 4 ans, avec délivrance de crédits européens. Pour autant la disparité Hautes Ecoles / Université reste une réalité, avec des contenus de formation plus généralistes et des apprentissages de la méthodologie de la recherche dans la formation universitaire versus des contenus plus pratiques dans les Hautes Ecoles. La mise en place d'un cursus commun achoppe encore à ce jour, d'autant plus qu'il y a désaccord entre les représentants professionnels qui souhaitent une formation en 5 ans (niveau master) et le gouvernement wallon qui souhaite rester sur 4 ans, malgré le non alignement au LMD. Il s'agit ici d'un enjeu principalement financier, les formations étant subventionnées par les gouvernements régionaux avec des coûts modestes pour les étudiants. Il est à noter qu'en Belgique, côté flamand, la formation dure bien 5 ans, avec très peu de porosité entre les deux systèmes. Bien que non hégémoniques dans la formation, les Universités offrent aux kinésithérapeutes belges une filière de recherche ancienne. Elle est animée par des enseignants-chercheurs universitaires capables de produire de la connaissance dans le domaine. Cette

⁴⁹⁶ Supplément 7/85 du bulletin des communautés européennes (1985) cité par Alain MACRON, « La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 Avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée » Université de Montpellier, Montpellier, 2015.

⁴⁹⁷ C. LEFRANC, « La libre circulation des kinésithérapeutes européens », art. cit.

possibilité est majorée par les relations étroites entre ces 3 facultés et des hôpitaux universitaires. Le campus de « l'Université Belge » enquêtée est ainsi situé sur le même lieu qu'un hôpital universitaire. Par ses facultés, la kinésithérapie belge se rapproche du modèle anglo-saxon (britannique pour l'espace européen) d'une formation universitaire, dans des structures orientées vers la recherche et où l'enseignement n'est qu'une des missions parmi d'autres. Ses Hautes écoles, à l'inverse, sont plus comparables aux systèmes de formation du sud de l'Europe.

En Espagne, si la formation est universitarisée depuis les années 2000, la formation historique était, elle, plus proche d'écoles de santé transmettant des techniques. De ce fait, les enseignants sont encore nombreux à être issus de ces écoles et à ne pas être titulaires de doctorats, ce qui limite la production scientifique. De plus, il existe un double système avec des universités privées et des universités publiques.

De nature confessionnelle ou lucrative, les universités privées doivent d'abord équilibrer leurs comptes ou faire des bénéfices, c'est-à-dire assurer le service contre rémunération d'amener des étudiants payant à un titre. Ce rôle du privé majore le sentiment d'une formation uniquement professionnelle : ainsi, dans les trois universités privées explorées, les coordinateurs étaient tous sans doctorat ou seulement en cours d'acquisition. Il faut dire toutefois que les agences d'accréditation (administrations régionales ou nationales selon les niveaux d'autonomie des collectivités espagnoles) chargées des évaluations des cursus et de leur validation augmentent leurs exigences en matière de pourcentage du corps enseignant doté de ce niveau de diplôme⁴⁹⁸. Pour autant, la recherche elle-même semble un critère marginal et n'est pas vue comme une source de gains financiers pour les structures privées. Ces universités privées sont très pluridisciplinaires, avec peu de liens avec le secteur hospitalier, en tout cas concernant leurs cursus de kinésithérapie. D'ailleurs, les étudiants français qui peuvent y étudier relatent la pauvreté des stages proposés et la nécessité pour eux de venir les réaliser en France. En l'absence de lieux dédiés d'évaluation du travail sur le patient, la construction d'un savoir disciplinaire propre est rendue difficile⁴⁹⁹.

Dans les cas des universités publiques, le taux de docteurs parmi les enseignants est plus élevé. En effet, elles sont plus attractives pour les enseignants espagnols : les salaires y sont souvent plus intéressants et les contrats moins précaires. Aussi, concurrence aidant, les nouveaux entrants sont titulaires du doctorat. Pour autant la recherche n'est pas une fonction fondamentale une fois en poste. Il n'existe d'ailleurs pas de filière doctorale dédiée à la kinésithérapie. Si, dans les universités belges, à l'issue des 4 ans de kinésithérapie, les étudiants peuvent poursuivre en master en sciences de la motricité puis en doctorat,

⁴⁹⁸ Questionnés, les enseignants espagnols ont évoqué la nécessité pour ces agences de faire converger ces cursus nouvellement universitarisés (décennie 2000-2010) vers les canons universitaires, dont le niveau doctoral pour les enseignants.

⁴⁹⁹ Cet état de fait est à relier à la position de la kinésithérapie dans le pays plus qu'à un mode de fonctionnement de l'enseignements supérieur espagnol. Les cursus de médecine sont moins nombreux et très liés aux structures hospitalières, permettant un accès au patient et une transmission des savoir-faire.

ce n'est pas le cas en Espagne. Ainsi les corps enseignants du public se forment-ils à partir de recherches menées en doctorat au sein de disciplines d'adoption (biomécanique, physiologie, sciences sociales, sciences de l'éducation, santé au sens large...) : l'enseignante kinésithérapeute responsable des relations internationales de l'Université « Publica », avec qui j'ai pu échanger et qui m'a reçu dans son université, est docteure en anthropologie. Enfin, à la différence des universités privées qui choisissent d'ouvrir des filières en fonction d'une attractivité espérée pour la clientèle, les cursus de kinésithérapie publics se font pour beaucoup au sein de petites universités créées de toute pièce à partir des écoles de santé infirmières préexistantes (c'est le cas de l'Université « Publica »). Elles sont donc de petite taille et avec un lien historiquement inexistant entre enseignement supérieur et laboratoires de recherche. Si dans le cas d'espèce, l'Université « Publica » a des relations avec l'hôpital local, ils restent informels dans le cas de la kinésithérapie. Cela peut être mis sur le compte de la jeunesse de la discipline dans la péninsule ibérique et de sa faible place à l'hôpital mais aussi de la mainmise de la corporation infirmière sur leurs anciennes écoles. Il est d'ailleurs notable que l'Université « Publica » conserve une approche de la kinésithérapie comme sur-spécialité : il est possible de réaliser le cursus infirmier-kinésithérapeute ou préparateur physique – kinésithérapeute (en 5 ans au lieu de 4 pour la formation uni-disciplinaire). L'universitarisation espagnole ne s'est donc pas accompagnée d'une identification nette de la filière kinésithérapie dans le supérieur et n'a vu que très marginalement émerger une production scientifique. Il s'agit, en somme, de lieux de formations post-secondaires délivrant des crédits universitaires européens.

Le cas portugais est comparable au cas espagnol à l'exception du fait que les structures d'enseignement supérieur délivrant ce diplôme de kinésithérapeute (en 4 ans) sont des écoles de santé au sein d'écoles polytechniques⁵⁰⁰. Il s'agit d'écoles d'infirmières, élargies en écoles de santé avec les diplomations associées de paramédicaux, et intégrées ensuite dans les écoles polytechniques, souvent publiques, parfois confessionnelles. La prétention à la recherche est très faible : les écoles polytechniques ne peuvent pas proposer de filières doctorales. Comme en Espagne cependant, le doctorat fait figure d'atout de taille dans la concurrence pour atteindre des postes d'enseignants. Les kinésithérapeutes formateurs ont donc tendance à réaliser des thèses dans des disciplines universitaires d'adoption. Si la position de la kinésithérapie comme dominée au sein d'écoles pluridisciplinaires sans recherche rappelle l'Espagne, il faut ajouter, dans ce cas, la distinction encore plus nette avec la médecine. Alors qu'en Espagne kinésithérapie et médecine s'apprennent à l'Université, au Portugal il y a une distinction de structure

⁵⁰⁰ Les écoles polytechniques sont des structures d'enseignement supérieur formant à divers métiers plutôt technico-scientifiques (santé -sauf médecine-, ingénierie, agronomie). Elles présentent des similitudes avec les IUT français mais peuvent toutefois abriter des formations plus longues, jusqu'à un niveau master. Bien qu'il s'agisse du cursus majoritaire d'accès à la kinésithérapie, deux universités portugaises privées, proches du modèle espagnol, tentent de créer un cursus alternatif. Elles s'alignent sur les critères des écoles de santé et ont reçu un agrément mais sans recevoir la clientèle escomptée à ce jour. Les français notamment y sont moins nombreux qu'en Espagne, à relier à la moindre maîtrise de la langue portugaise et à l'éloignement géographique.

entre les métiers. Les techniciens, infirmières ou kinésithérapeutes, sont formés en écoles polytechniques alors que les activités intellectuelles, comme la médecine, sont préparées dans les universités, lieu de production des savoirs. Si les diplômés portugais sont passés à l'heure des crédits universitaire européens, la hiérarchie symbolique, géographique et culturelle autour de la formation et de la recherche entre médecins et exécutants reste de mise.

Du côté français, les IFMK sont incomplètement universitarisés depuis la réforme de 2015, via des conventions avec les universités (de recrutement pour des étudiants en bac+1, et de formation avec un volume horaire de cours réalisés par des universitaires). Ils restent donc maîtres de leurs formations, dispensées sur des lieux autonomes. Les structures se sont historiquement construites séparément des formations infirmières, ce qui marque une plus grande autonomie de l'activité, en comparaison avec les cas portugais et espagnols⁵⁰¹. Une reconnaissance administrative d'une recherche propre est intervenue avec la création en 2019 d'une section au conseil national des universités (CNU). Cette nouvelle CNU 91 permet de qualifier des enseignants-chercheurs dans le domaine spécifique des sciences de la rééducation et de la réadaptation. Le lien entre formation initiale et accès à la recherche a été facilité en 2021 par l'obtention d'un niveau master en sortie d'études⁵⁰². Les kinésithérapeutes peuvent alors prétendre à l'entrée en doctorat, suite possible du master. Pour autant, les instituts de formation restent le plus souvent à distance de l'Université et sont toujours étroitement liés à des hôpitaux. La formation conserve de grandes orientations professionnalisantes, malgré un mémoire de fin d'études à connotation recherche. L'entrée en doctorat reste difficile en l'absence de liens institutionnels entre IFMK et écoles doctorales ou laboratoires de recherche, la kinésithérapie n'ayant pas la main sur ces structures. De plus, quand bien même un certain nombre de kinésithérapeutes parviennent au titre de docteur, la question des postes d'enseignants-chercheurs se pose : les IFMK s'appuient sur des enseignants rémunérés soit par les frais de scolarités appliqués aux étudiants (structures privées), soit par les régions (le plus souvent dans le cas des structures publiques). Dans les deux cas ces budgets ne sont pas pensés comme ayant

⁵⁰¹ Il est à noter, cependant, qu'une partie des IFMK ouverts ces 15 dernières années l'ont été dans des hôpitaux périphériques, parfois intégrés au sein d'écoles d'infirmières pré-existantes. Ce phénomène peut sembler en contradiction avec l'histoire récente de la kinésithérapie, séparée du monde infirmier et tournée depuis peu vers l'Université. Il est à relier au transfert en 2006 de la compétence de gestion des formations paramédicales (et sage-femmes) aux régions. Celles-ci ont alors la tentation d'utiliser ces leviers de création de structures d'enseignement supérieur pour mener une politique de dynamisation des territoires périphériques : amener des étudiants dans des villes moyennes (ouvertures à Dax, Nevers, Rodez, Angoulême, Mulhouse, Alençon, Laval...) mais aussi espérer que les professionnels de santé formés dans ces espaces y demeurent pour leur exercice. Cette volonté de couverture du territoire peut être un frein à l'intégration du cœur de la vie universitaire, plus présente dans les métropoles, mais n'entrave pas la volonté d'universitarisation des acteurs. Dans les cas où les IFMK sont intégrés administrativement à des instituts paramédicaux pluriprofessionnels, ils semblent malgré tout très autonomes et ont peu d'échange avec les formations infirmières.

⁵⁰² Le passage à 5 ans d'études a été avalisé en 2015 avec application à la promotion sortant en 2019. Pour autant, dans un premier temps, l'année universitaire de sélection (majoritairement médecine) n'était pas prise en compte dans les crédits universitaires, la reconnaissance étant de 1+4 années d'études. Le ministre de la santé Véran a finalement annoncé le 17 Mai 2021 la reconnaissance des 5 ans d'études et du grade master pour les nouveaux kinésithérapeutes.

pour objet de financer la recherche, mais une formation professionnelle. Ces formations n'étant pas du ressort national et du Ministère de l'Enseignement Supérieur, à ce jour très peu de postes universitaires prolongent les possibilités de qualification dans cette CNU sciences de la rééducation et réadaptation. Bien qu'une orientation universitaire des formations soit notable, le versant recherche de la kinésithérapie française est donc soumis à la bonne volonté et aux moyens mobilisés par les filières universitaires proches déjà en place (STAPS et médecine au premier chef).

En dehors de ces cas d'universitarisations tronquées, il existe le cas assez singulier en Europe de la formation allemande. Celle-ci forme des « physiothérapeutes » (vocabulaire qui a remplacé les « krakengymnast ») dans des écoles professionnelles. L'entrée en formation ne nécessite pas d'avoir validé de cursus secondaire. Le cursus dure 3 ans et se fait en alternant stages en milieu professionnel et formation en école de kinésithérapeutes, sans crédits universitaires attribués. Si quelques universités proposent un « bachelor of science » qui permet aussi l'exercice, ce n'est en aucun cas une norme et il n'y a pas de filière spécifique de recherche associée. Le titre est donc très dévalorisé dans ce pays, où il s'agit d'un exécutant technique manuel.

Le mode de formation et l'accès à la recherche montrent des disparités nationales, parfois importantes. L'organisation professionnelle n'est donc pas homogène selon les pays européens, pour une activité pourtant considérée comme commune en Europe : ces kinésithérapeutes à formations diversement techniques ou savantes peuvent être amenés à travailler ensemble dans un espace européen où la libre circulation est la règle.

Contrôle du nombre et protection du titre

Les modalités de formation variables selon les pays, dans un ensemble européen encourageant les mobilités des travailleurs via la reconnaissance des titres professionnels questionnent le contrôle des populations professionnelles. Or la bonne gestion de la démographie professionnelle est un enjeu permanent des corporations⁵⁰³. Ainsi Andrew Abbott explicite les enjeux de maintenir une démographie suffisante pour ne pas laisser s'immiscer les propositions d'autres groupes professionnels mais non pléthorique pour maintenir un niveau de concurrence intra-corporation supportable. Dans le cas des kinésithérapeutes, les stratégies visant à contrôler le nombre d'impétrants sont variées, et marqueurs du degré de professionnalisme des groupes nationaux.

Des pays comme la France, l'Italie ou la Suisse proposent des formations sous quotas. C'est-à-dire que le nombre d'impétrants est choisi en fonction du nombre d'étudiants autorisés à intégrer ces cursus. Ce

⁵⁰³ Dans le champ médical un travail de référence sur le contrôle du nombre est celui de Marc-Olivier Déplaud. M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*

processus est celui adopté par la profession médicale en Europe et il a un double avantage pour les corporations : associer contrôle du nombre d'acteurs du groupe professionnel fournissant à terme le service à la population tout en gardant une mainmise stricte sur le savoir. Ainsi seuls les futurs impétrants ont accès au savoir légitime et peuvent proposer le service. Ce mécanisme contrarie toute velléité de création de groupe professionnel concurrent, qui ne peut s'appuyer sur ce savoir pour faire valoir son efficacité. Comme la science est un processus mettant en jeu une stratification progressive du savoir, ce mécanisme ne fait que se renforcer avec le temps, la stratification d'un savoir réservé rendant utopique l'apparition d'un groupe professionnel initialement profane et capable d'initier un savoir concurrent aussi efficace dans le secteur d'activité.

Pour les médecins, ce mécanisme prend plusieurs formes : étatique, via un *numerus clausus* en France⁵⁰⁴, ou via un lien étroit entre Université et corporation comme en Espagne. Là, les enseignements de médecine ne sont pas sur quotas, mais la corporation pèse sur les universités et participe à la validation de cursus uniquement sous réserve d'un contrôle strict du nombre. A l'inverse, pour les kinésithérapeutes, ce mécanisme est surtout lié à l'administration publique (Etat ou cantons) : ainsi les pays à formations sous quotas le sont par un interventionnisme de l'administration publique qui a un intérêt partagé avec les corporations à limiter le nombre d'entrants dans le métier. Le contrôle du coût de ces soins est l'argument principal dans ce cas. Dans de rares pays (Grande Bretagne essentiellement, pour partie pays scandinaves), la formation de kinésithérapeutes n'est pas sous quota mais les universités limitent d'elles-mêmes le nombre d'entrants en négociation directe avec les corporations. Il s'agit de cas où les kinésithérapeutes ont obtenu un statut proche du modèle professionnel : les corporations peuvent alors peser sur les universités, qui ont une convergence d'intérêt à limiter le nombre pour maintenir le prestige du cursus (et ainsi valoriser l'université apte à proposer un tel enseignement et une position sociale favorisée à sa sortie).

Dans les autres cas, le contrôle du nombre ne se fait pas à l'Université. Dans le cas belge, il y a une tendance à se rapprocher du modèle anglo-saxon, mais la politique en matière d'enseignement supérieur tend à maintenir des cursus universitaires accessibles et contrecarre cette volonté.

« Enquêteur : Vous m'avez dit, au début, que le nombre d'étudiants était libre... Et qu'il avait d'ailleurs augmenté à, en kiné notamment... Il est libre à quel point, n'importe qui s'inscrit, peut s'inscrire, ou il y a une question quand même de locaux et de nombre de professeurs recrutés qui limitent ?

Doyenne de l'UB : Ahah ! Si on pouvait ! On en a encore parlé il y a un jour je pense, ou deux jours... donc effectivement non [...] On n'a légalement pas le droit de clôturer les inscriptions quand les auditoires sont pleins [...] Ça c'est lié au fait que... Certains partis politiques ne veulent pas entendre parler d'une sélection à l'entrée, sauf pour les études de médecine et les écoles d'ingénieur, mais pour le reste ils trouvent cela anti démocratique, moi j'ai une autre vision de la démocratie que celle-là mais ça c'est comme ça »

Entretien avec la doyenne de la faculté des sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019

⁵⁰⁴ Fixé par le Ministère de la Santé, il reste dépendant des facultés de médecine via leurs capacités d'accueil.

La sélection existe alors mais est plus qualitative : tous les étudiants disposant du CESS (certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur) peuvent s'inscrire en première année, mais les cours sont soutenus et les exigences aux examens importantes. Ainsi une grande part des effectifs sont sélectionnés au fur et à mesure des années (avec un « écrémage » important entre la 1^{ère} et la 2nd année). Ainsi, bien que des variations se produisent selon les années, les chiffres fournis par l'UB montrent un nombre d'étudiants en 4^{ème} année proche de la moitié de ce qu'ils étaient en 1^{ère} année quatre ans auparavant. A hypothèse de redoublement constant entre les promotions, il est donc possible d'estimer à la moitié la part d'étudiants inscrits en première année qui n'achèvent pas le cursus.

Toutefois, les cursus étant ouverts et nombreux (10 établissements en Wallonie-Bruxelles), le nombre de kinésithérapeutes reste peu contrôlé, et, de fait, la Belgique connaît une densité moyenne de kinésithérapeutes de près du double de la densité moyenne française (près de 258 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Belgique contre 128 000 kinésithérapeutes par habitants en France en 2017⁵⁰⁵). Or, comme en France, la kinésithérapie libérale est prise en charge au titre de l'Assurance Maladie publique. De ce fait, des tentatives régulières de limitation des installations existent avec la proposition d'un numéro « INAMI⁵⁰⁶ » : seul un nombre limité de diplômés obtiennent ce numéro qui donne droit à un conventionnement (sur des critères géographiques ou d'ancienneté de demande). Dépassée par une sélection qualitative insuffisante à limiter les impétrants, la Belgique tente donc d'instaurer un quota au conventionnement. Néanmoins, jusqu'à présent, ces limitations sont régulièrement suspendues pour répondre à des besoins ressentis de plus de kinésithérapeutes libéraux. En d'autres termes, malgré une densité de l'ordre du double de la densité française, l'administration belge n'arrive pas à rationner le nombre de professionnels. C'est un indicateur important de la place qu'a su prendre la kinésithérapie belge dans l'écologie du soin.

En Espagne, et dans une moindre mesure au Portugal, l'enseignement supérieur est très libéralisé, offrant donc aux universités une grande autonomie quant au nombre d'étudiants admissibles. De plus, à l'inverse des pays anglo-saxons, les corporations de kinésithérapeutes sont faibles (un ordre existe formellement en Espagne mais n'a qu'un avis consultatif sur les contenus des cursus proposés par les universités). Aussi il n'y a aucun contrôle du nombre au niveau de la formation, seule la loi du marché joue sur le nombre d'étudiants formés :

« Les universités espagnoles fonctionnent non pas tant en termes de besoins d'emplois, mais en termes de demandes de places pour les étudiants. C'est la politique de la société, de l'université espagnole. Il y a plus ou moins certains cursus qui contrôlent beaucoup plus, par exemple la médecine. »

Entretien avec un directeur de cursus de kinésithérapie privé catalan, 12/03/2019, traduction personnelle.

⁵⁰⁵ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

⁵⁰⁶ Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité.

« EuroForma »⁵⁰⁷, une entreprise espagnole de formation du supérieur :

« EuroForma » est une entreprise de droit privé qui gère des cursus de formation en partenariat avec des universités publiques. Quand un cursus de formation semble prometteur (c'est-à-dire compter un nombre d'étudiants payants satisfaisant) et que l'université n'a pas assez de fonds pour investir et le créer, « EuroForma » propose de le faire. Ils paient ainsi des professeurs et des locaux, tandis que l'Université cautionne le dossier auprès de l'agence qualité et certifie le titre.

« Représentant « EuroForma » : Le fonctionnement de l'école est privé, les professeurs... mais au niveau administratif nous dépendons de l'université publique, le diplôme est délivré par l'université publique, les programmes d'études sont validés par l'université publique. C'est comme une collaboration entre les secteurs publics et privés. Et ça permet à l'Espagne donc, par exemple à « Frontera », à l'université de « Frontera », ça permet d'avoir une école de kiné à « Frontera ». Avec la seule initiative publique, il n'y aurait pas de faculté de physiothérapie à « Frontera », [...]

Cette ouverture d'une filière kinésithérapique privée [l'école « Frontera »] s'est faite il y a dix ans. L'école s'est développée, nous avons repris l'école, nous avons intégré des STAPS, comme différents BTS incorporés. Il s'avère qu'il y a quelques étudiants français. Nous avons vu que la France était intéressante. Ils [les dirigeants] ne l'ont pas cherché, ça a pris... Un garçon est venu, un autre etc [...] Ils ont commencé leurs études, et ils en ont parlé en France, ils sont venus à 10 ou 15 l'année suivante et ça a fait un groupe. Et puis ils sont venus nombreux. Nous avons actuellement de nombreux étudiants français. »

Entretien avec un chargé de promotion des cursus de kiné de « EuroForma » lors du salon étudiant du sud de la France le 18/01/2019, traduction personnelle.

Malgré plusieurs sollicitations par mail ou la demande exprès auprès de leur chargé de promotion lors d'un salon français, dont les propos sont rapportés ici, il n'a pas été possible de rencontrer des dirigeants de la formation de kinésithérapie ou d'« EuroForma ». La seule réponse officielle est venue du directeur du cursus kinésithérapie de « Frontera » : *« Merci beaucoup pour votre aimable courriel ; malheureusement, pour des raisons de confidentialité et de protection des données, nous ne pouvons pas accéder à votre proposition »* (traduction personnelle).

Malgré l'absence d'interlocuteurs dirigeants, il est possible de constater que cette entreprise s'est installée sur trois campus différents, dans trois villes moyennes différentes d'Espagne, passant à chaque fois convention avec des facultés pour la délivrance des diplômes, légitimant ainsi son offre de formation :

« Enquêteur : Est-ce que c'est possible de délivrer un diplôme de kiné sans affiliation universitaire ?

Représentant « EuroForma » : C'est possible, il y a des 100 % privé dans la région. Mais pour des étudiants français, on croit que c'est mieux une école, un diplôme public, parce que c'est un diplôme d'état, c'est plus facile de faire une équivalence après. »

Entretien avec un chargé de promotion des cursus de kiné de « EuroForma » lors du salon étudiant de Montpellier le 18/01/2019, traduction personnelle.

« EuroForma » s'est spécialisée dans les cursus de kinésithérapie mais tente deux modes de diversification commerciale :

-explorer d'autres filières attractives avec l'ouverture de filières sportives, voire de doubles cursus kinésithérapeute et sport, des formations en manipulateur en radiologie, en analyse biologique ou en diététique.

-diversifier les origines de ses étudiants avec des tentatives de démarchage auprès de salons étudiants italiens (en Italie les cursus de kinésithérapeutes sont soumis à quota) et l'organisation de nouvelles formations de kinésithérapie en langue anglaise.

⁵⁰⁷ Nom modifié

Dans la péninsule ibérique, l'Etat (ou les régions disposant d'une autonomie pour le cas espagnol) n'a qu'un rôle supplétif pour éviter des zones dépourvues de formations et de professionnels : ainsi l'école d' « Interior » dans l'intérieur du Portugal, ou de « Publica », en Espagne, ont été créées pour essayer de stimuler à la fois la vie étudiante dans des régions vieillissantes et des soins pour ces populations. Ce double système de formations publiques et privées a des conséquences sur les profils des étudiants accueillis : d'un côté, dans un système public à coût modéré, des étudiants sont sélectionnés sur leurs capitaux scolaires, et de l'autre, dans un système privé onéreux, des étudiants sont sélectionnés sur leurs capitaux économiques.

Cette partition est visible via la « Nota de Corte »⁵⁰⁸ à l'entrée dans le supérieur. Elle permet de classer et sélectionner les étudiants en fonction de leurs résultats scolaires, mais aussi de classer les différentes filières et universités entre elles. Des « Notas de Corte » hautes participent ainsi au prestige de la formation. Si, sans surprise, la médecine exige des « Notas de Corte » plus élevées que les autres disciplines de santé, la kinésithérapie dans les universités publiques reçoit des étudiants ayant des « Notas de Corte » supérieures aux cursus infirmiers, malgré un marché du travail plus difficile. Une image de métier partiellement autonome du médecin ou lié au sport peut, pour partie, expliquer cet écart. Les « Notas de Corte » pour les cursus de kinésithérapie vont, dans les universités publiques espagnoles, de 8,302 (Universitat Rovira i Virgili de Tarragona) à 12,836 (Univesidad de Sevilla). Pour les universités privées, cette note est comprise entre 5 (majorité des universités privées) et 9.358 (Centre « TecnoCampus » de Barcelona), ce qui confirme la hiérarchie entre les deux filières. De plus, certaines universités privées ne participent pas à ce mode d'attribution des étudiants et les recrutent sur entretiens, indépendamment de toute « Nota de Corte » (c'est le cas de l'université « Catolica » enquêtée). En Espagne, mais aussi au Portugal, à côté de formations publiques à budgets fermés et sélectives scolairement, se crée donc un marché parallèle de la formation, plutôt dominé mais fournissant des diplômes aux étudiants en manque de capitaux scolaires mais capables de mobiliser des capitaux économiques.

Les contrôles du nombre à la formation peuvent être stricts et quantitatifs lorsqu'il s'agit d'une volonté commune de l'administration et de la corporation (France, Suisse) ou de l'enseignement supérieur et la corporation (Grande Bretagne). Dans ce dernier cas, un contrôle important mais selon une modalité plus

⁵⁰⁸ Il s'agit d'une note attribuée à l'issue du cursus secondaire des étudiants : 60% de la note est calculé via la moyenne au cours des deux dernières années du secondaire (« el bachillerato ») et 40% de la note via les notes reçues lors de l'examen obligatoire d'accès à l'université (« fase general »). À cette note totale sur 10 peuvent être ajoutés quelques points reçus lors d'épreuves facultatives (« fase voluntaria ») : le candidat a le droit de présenter deux épreuves supplémentaires qui peuvent rapporter jusqu'à 4 points supplémentaires.

Cette note est calculée par cursus envisagé (par le jeu des matières optionnelles jugées prioritaires ou non, elle peut varier) et permet un classement des candidatures reçues dans chaque filière universitaire. Le nombre de places à attribuer est défini préalablement, en fonction d'un cahier des charges présenté à un organisme d'accréditation (nombre de professeurs, locaux...) régional (ou national en cas d'absence de cet organisme dans les régions les plus modestes). Aussi, tous les ans, les candidatures et le nombre de places disponibles font l'objet d'un relevé attentif pour savoir à quelle note est entré le dernier reçu : la « Nota de Corte ».

qualitative peut aussi exister (cas de la Belgique). A l'inverse, quand un grand libéralisme prévaut dans la gestion de l'enseignement supérieur et que la corporation est trop faible pour s'opposer à la marchandisation de l'accès au titre universitaire, le contrôle du nombre disparaît et les places sont ouvertes en fonction des lois du marché (cas de l'Espagne, et dans une moindre mesure du Portugal). Comme dans le cas des structures d'enseignement, ces variations du nombre d'admis appuient les variabilités nationales de statut professionnel des kinésithérapeutes.

Contextes de travail

En aval de l'organisation de la formation, et dépendant étroitement du contrôle du nombre qui y est exercé, l'organisation du travail a un rôle important dans le développement de la logique professionnelle. Dans la tripartition d'Eliot Freidson⁵⁰⁹ entre une logique du travail bureaucratique, commerciale ou professionnelle, cette dernière se caractérise par une concurrence modérée pour l'accès aux clients, offrant une liberté de délibération aux acteurs. Les logiques d'organisation du système de santé peuvent alors jouer sur les possibilités offertes aux groupes professionnelles, tout comme la place dans la division du travail.

Le cas français montre un marché du travail favorable, avec un secteur libéral majoritaire, dont le coût est socialisé par l'Assurance Maladie, ce qui solvabilise les patients. Dans le même temps, le contrôle du nombre strict sur le nombre d'impétrants formés dans les IFMK français a vocation à maintenir un contrôle sur le nombre de travailleurs. Il s'agit d'une alliance entre un Etat bismarckien⁵¹⁰, assurantiel, qui a intérêt à maintenir un contrôle sur l'offre de soin, et un groupe professionnel qui répond au besoin de soin de la population tout en ayant intérêt à ne pas se trouver dans des situations de concurrence trop aiguës. A noter que depuis 2018, un nouveau contrôle de l'offre de soin est apparu, via une limitation du conventionnement des kinésithérapeutes sur certaines parties du territoire, considérées comme surdotées, comme cela sera analysé plus en détail au chapitre 3⁵¹¹.

Le cas belge est plus intermédiaire : si l'organisation du système de santé est là encore bismarckienne, avec une prise en charge socialisée du coût des soins de kinésithérapie libéraux, la différence avec l'hexagone tient dans la plus faible limitation du nombre de diplômés. De ce fait, les relations de concurrence entre kinésithérapeutes peuvent se retrouver exacerbées, et contribuer à diminuer l'attractivité du marché du travail belge :

⁵⁰⁹ E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*

⁵¹⁰ Philippe MOSSE, « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archetypes », *Après-demain*, 42, 2017, p. 12-14.

⁵¹¹ Depuis 2018 et l'avenant 5 de la convention nationale entre CNAMTS et kinésithérapeutes, 6% de la population française vit sur un territoire fermé à l'installation. A noter que certains territoires d'outre-mer (Polynésie, Nouvelle-Calédonie) fonctionnent historiquement à enveloppes fermées, avec un nombre de conventions limité.

« Enquêteur : Il y a beaucoup de travail à « Ville Belge » ou c'était une chance d'avoir eu cette place ?

Paul : Non c'était une chance. C'était un.... Coup du hasard, parce qu'il y avait plusieurs personnes qui partaient en même temps, d'autres qui partaient pour diverses raisons. Donc c'était une chance et globalement la « neuropédia » est assez saturée, vu le nombre d'écoles qu'il y a à « Ville Belge ». Donc à moins d'avoir un gros piston ou d'avoir beaucoup d'expérience et de pas vouloir gagner beaucoup. En général. C'est surtout ça... tu peux trouver de la place en neuropédia quoi, mais sinon non. Globalement c'est saturé. Donc... d'où mon envie de partir de là. »

Entretien avec Paul, kinésithérapeute belge formé en Belgique et ayant ultérieurement émigré en France.

Si les kinésithérapeutes participent à une régulation informelle de leur offre en s'écartant des territoires perdant en attractivité du fait d'une trop grande concurrence, la protection du marché du travail est moindre en Belgique.

L'Allemagne, là encore à système bismarckien, a une autre politique de gestion de la kinésithérapie : une technicisation et dévalorisation maximale de ce travail. Ainsi, à l'issue d'un diplôme professionnel non universitaire, les kinésithérapeutes peuvent avoir un exercice libéral pris en charge par les Caisses mais les tarifs sont très faibles et très codifiés suivant les actes. Le médecin décide d'un nombre d'actes précis et du contenu de ceux-ci : il choisit les techniques que le kinésithérapeute aura obligation d'utiliser. Pour prétendre à voir ses soins payés par les Caisses, le kinésithérapeute devra alors justifier de la maîtrise effective de ces techniques. Certains actes de base sont présumés maîtrisés par tous les kinésithérapeutes et pris en charge à un tarif très faible, d'autres nécessitent une formation complémentaire que le kinésithérapeute devra justifier aux caisses (cela peut être, par exemple, des soins par thérapie manuelle, ou des gymnastiques correctives particulières). Dans ce dernier cas, et sur demande explicite du médecin pour cette technique, le tarif pourra être légèrement réévalué. Le cas allemand montre la possibilité du maintien du travail de kinésithérapeute à un rôle d'exécutant manuel peu autonome :

« Le kiné en salariat dans certains hôpitaux [allemands] est considéré encore plus... Alors il n'y a pas de sot métier, qu'on soit d'accord hein, mais vraiment bien derrière l'aide-soignante. Donc on est vraiment... voilà [...] On a peu d'estime. En même temps on a pas tellement de droits non plus. Là dans l'hôpital en l'occurrence que je pense encore, on avait pas le droit d'aspirer [les patients ayant des encombrements bronchiques], toutes ces choses-là le kiné allemand n'a pas le droit de faire. »

Entretien avec Jean Baptiste, kinésithérapeute salarié français diplômé en Allemagne, père ouvrier (transfrontalier en Suisse) et mère employée. Entretien du 06/11/2019

Cette position dans la division du travail allemande permet de limiter l'attractivité du métier en Allemagne et de maîtriser les salaires, et plus généralement les coûts, sans avoir besoin de réguler quantitativement le nombre de travailleurs. Par contre l'innovation dans ce domaine du soin semble compromise et la routinisation, préférée à la reconnaissance prudentielle du travail, peut interroger la qualité du soin.

Dans le cas du système beveridgien, le contrôle du nombre de postes ouverts en fonction d'enveloppes fermées crée de fait deux secteurs d'exercice : un secteur public où les patients peuvent être pris en charge en fonction d'un nombre de rendez-vous disponibles préétabli et dépendant du budget octroyé et un secteur privé où les patients peuvent accéder directement aux kinésithérapeutes à leurs frais. Dans les pays où la kinésithérapie a une ancienneté et a réussi à atteindre une position sociale reconnue, l'alliance avec un système universitaire élitiste permet un contrôle du nombre strict. Les kinésithérapeutes se partagent alors sans friction un travail essentiellement diagnostique dans les structures publiques et des activités de thérapeutes à coûts élevés pour une clientèle aisée dans le secteur privé (cas de la Grande Bretagne).

A l'inverse, dans les pays beveridgiens du sud, où le métier est plus jeune et plus dévalorisé, les corporations des kinésithérapeutes n'ont pu créer d'alliances pour un contrôle du nombre avec les structures de formation. Une concurrence s'installe entre un grand nombre de diplômés qui luttent pour les quelques postes publics et qui doivent, le plus souvent, se contenter dans le secteur privé de rémunérations faibles de la part d'assureurs privés ou de clients en situation de force. En Espagne, chaque communauté autonome reçoit ainsi une enveloppe globale pour organiser et gérer son système de soin⁵¹². Le maillage territorial se fait avec des centres de santé pensés par nombre d'habitants (les « *zonas básicas de salud*, »⁵¹³) où les soins sont gratuits. Les personnels qui y exercent sont fonctionnaires et les postes ne sont donc créés que dans un cadre budgétaire préétabli. Les médecins et infirmières y sont omniprésents, à l'inverse des autres métiers (dentistes, kinésithérapeutes)⁵¹⁴. L'accès aux postes publics est très concurrentiel, mettant en jeu des classements complexes et variables des candidats. En fonction des communautés autonomes, il peut s'agir de tests linguistiques, culturels ou d'épreuves de législation régionale, avec bonification des formations complémentaires ou des expériences dans d'autres structures hospitalières. Ce dernier point notamment déclenche des phénomènes de précarisation, par l'acceptation de multiples contrats temporaires hospitaliers en Espagne, pour faire monter sa jauge d'expérience, ou des phénomènes d'émigration pour pratiquer temporairement dans des hôpitaux d'autres pays. La limitation de l'offre publique (voire sa dégradation à l'occasion de crises économiques⁵¹⁵) est l'une des raisons d'un développement des mutuelles en Espagne, pour les patients qui peuvent se les payer (dans un pays ayant un taux de chômage élevé : 14,3% de la population active en 2019, 2nd taux le plus élevé de l'UE derrière la Grèce, source enquête Eurostat « Force de travail 2019 »)⁵¹⁶ :

⁵¹² Toni DEDEU, « Organisation des soins primaires en Catalogne », *Revue française des affaires sociales*, 1-3, 2010, p. 49.

⁵¹³ Amalia DIURNI, « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », *Les Tribunes de la santé*, n° 51-2, 2016, p. 23.

⁵¹⁴ T. DEDEU, « Organisation des soins primaires en Catalogne », art. cit ; A. DIURNI, « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », art. cit. En réalité les analystes évoqués ne prennent quasiment pas en compte les autres soignants et basent leurs analyses du système de santé sur la bonne accessibilité aux médecins et infirmières.

⁵¹⁵ THE LANCET, « Austerity in Spain: time to loosen the grip », *The Lancet*, 391-10132, 2018, p. 1750.

⁵¹⁶ Olivier BONED, « Les mutuelles en Europe : le défi de l'identité », *Vie sociale*, 4-4, 2008, p. 131 ; Janina KEHR, « Se plaindre des soins dans l'Espagne de l'austérité », *Mouvements*, n°98-2, 2019, p. 32.

« Il y a du travail. Le fait est que... Les emplois ont changé de 1992 à aujourd'hui. En 26 ans, ça a changé. Avant, il y avait beaucoup de possibilités de travailler dans les hôpitaux, de travailler dans les centres pédiatriques, c'est-à-dire de travailler dans les institutions. Mais, avec la politique et la situation économique européenne, les dépenses publiques doivent être réduites, que se passe-t-il ? Il y a peu d'emplois dans le secteur public. Ainsi, nos étudiants, lorsqu'ils terminent, travaillent dans leurs cabinets privés. »

Entretien avec un professeur de kinésithérapie d'université catalane privée (ayant débuté son exercice professionnel en 1992) 10/01/2019, traduction personnelle.

La très grande majorité des kinésithérapeutes⁵¹⁷ travaillent donc dans le secteur privé. Certains sont sous contrat avec des mutuelles privées (20% de la population serait couverte⁵¹⁸) ce qui améliore la solvabilité de leurs patients⁵¹⁹ : les tarifs sont bas, moins de 10 euros la séance, les prises en charge se font donc souvent en groupe avec un temps consacré à chaque patient minimum. D'autres ouvrent des cabinets « 100% privés » où ils reçoivent une clientèle payant directement les séances. Dans ce dernier mode d'exercice, les kinésithérapeutes ne travaillent pas sous prescription médicale et reçoivent leurs patients en accès direct. Mais ce marché est très concurrentiel, c'est d'ailleurs en Espagne que j'ai pu constater les pratiques commerciales les plus agressives avec des panneaux publicitaires lumineux dans les rues et des dépliants pour les soins de kinésithérapie dans les hôtels. De nombreux kinésithérapeutes vont élargir leur champ d'action en proposant de l'activité physique, de l'entraînement sportif, du coaching ou de la remise en forme, de la kinésithérapie vétérinaire ou encore des bilans du handicap dans les écoles. La « devise » de l'Ordre des kinésithérapeutes espagnols résume cet élargissement du spectre du soin kinésithérapique « La kinésithérapie, c'est la qualité de vie »⁵²⁰.

Le Portugal suit la même logique d'organisation du système de santé beveridgien et de faible place de la kinésithérapie dans le secteur public, centré sur le SNS (Serviço Nacional de Saúde) constitué de centres de soins primaires, d'hôpitaux et de centres de soins de longue durée. Néanmoins, une nuance existe avec le cas espagnol : le maintien des formations de kinésithérapeutes sous le giron infirmier (dont le titre de kinésithérapeute exclusif n'a été séparé que dans les années 1980⁵²¹) au sein d'écoles de santé sous domination médicale a des répercussions sur les modes d'exercice dans le secteur privé. Les kinésithérapeutes y sont moins souvent indépendants et travaillent plus dans des centres de santé privés

⁵¹⁷ Il n'existe pas, à ma connaissance, de statistiques sur le type d'emploi des kinésithérapeutes espagnols mais la totalité des interlocuteurs espagnols s'accordent sur une faible part des emplois publics :

« Je pense qu'en Espagne, parmi le groupe de kinésithérapeutes qui travaillent peut-être... quinze ou vingt pour cent du total travaillent dans le service public et le reste dans le secteur privé. C'est pourquoi nous constatons qu'à la fin de leurs études, peu d'étudiants, un très faible pourcentage, travaillent pour la fonction publique. Parce qu'il y a peu de postes, parce que les hôpitaux ont peu de places, disons de kinésithérapeutes, et donc la plupart de nos étudiants vont travailler dans des cabinets, des bureaux privés, des hôpitaux privés »

Entretien avec un responsable de cursus de kinésithérapie, université privée catalane le 28/02/2019, traduction personnelle.

⁵¹⁸ Eve FRANCHI, *Le marché de la santé en Espagne*, Marseille, Business meeting santé Marseille, 2016.

⁵¹⁹ Philippe MARTIN, « L'assurance privée et la santé en Espagne: pertinence d'une couverture en doublon », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, p. 247-256.

⁵²⁰ « Fisioterapia es calidad de vida » <https://www.consejo-fisioterapia.org>, visité le 02/07/2020

⁵²¹ M. I. P. de S. COUTINHO, J. A. da S. SERGIO, N. M. F. PAIVA DE SA et L. M. F. SALGUEIRO, « Contributos para a historiografia da fisioterapia em Portugal », *Fisioter. Bras*, 6-11, 2010, p. 469-475.

sous tutelle médicale et avec un statut d'infirmier spécialisé, exerçant les actes demandés par les médecins de la structure. Les médecins y exercent en complément d'un secteur public leur assurant une stabilité mais qu'ils considèrent trop peu rémunérateur⁵²², tandis que les kinésithérapeutes y exercent en l'absence de postes dans le secteur public. Leur rémunération est précaire, via un paiement à l'acte dissimulant souvent un salariat informel⁵²³. Ces paiements à l'acte prennent la forme de rétrocession d'une part du montant des honoraires exigés aux patients, déduction faite de la part revenant à la clinique pour sa prestation (secrétariat, locaux mais aussi accès favorisé à une clientèle, via la présence de médecins) qui tourne souvent autour de 50% du tarif. Mais, dans la réalité, les kinésithérapeutes portugais rapportent des horaires et des jours de travail imposés et des « rétrocessions d'honoraires » préétablies et identiques tous les mois... La seule différence qui demeure avec un salariat est l'absence de contrat de travail protecteur pour les kinésithérapeutes. Peu de chiffres fiables sont disponibles mais ce secteur privé pourrait constituer 80% des modes d'exercice des kinésithérapeutes⁵²⁴. Il se caractérise par une domination médicale (les médecins contrôlent l'accès aux patients) mais aussi une domination commerciale des propriétaires des cliniques qui les maintiennent dans un état de précarité. Ces propriétaires disposent de capitaux économiques importants, qui leur permettent d'investir dans des locaux, du matériel et des soignants attractifs pour drainer une population qui paiera ses soins plutôt que d'attendre des places dans le secteur public. Il peut s'agir de médecins, mais aussi de tout autre type d'entrepreneurs. A « Cidade Interior », une « clínica » historique de la ville était détenue par un notable local, plutôt entrepreneur dans la construction (elle a, depuis l'enquête sur place en novembre 2018, été rachetée par un groupe de clinique). Une première lecture pourrait nous inciter à y voir une domination commerçante sur les professions de santé, médecins y compris. Cette analyse est réelle, comparativement à la situation française, mais quelques éléments nuancent cette approche. Toujours dans cette clínica, les trois infirmières et la kinésithérapeute travaillaient uniquement dans cette structure, avec des rétrocessions élevées (50% du gain de la kinésithérapeute était reversé à la structure). En échange, la clínica fournissait les locaux, le petit matériel et un secrétariat minimal (prise de rendez-vous téléphonique). Pour ces travailleurs, l'attrait de la clínica tenait principalement dans l'accès à une clientèle qu'ils auraient eu bien du mal à développer seuls, notamment en l'absence de liens avec des médecins prescripteurs. Les médecins, eux, faisaient quelques journées ou demi-journées, de manière plus ou moins fréquente en fonction de la rareté de leur spécialité (il pouvait s'agir d'une demi-journée par mois en ORL, et d'une journée par semaine en pédiatrie). Le reste du temps, ils travaillaient en

⁵²² A partir des années 1990 la doctrine portugaise en matière de santé passe de « gratuité » à « tendre vers la gratuité ». C'est durant cette même période que les médecins portugais obtiennent le droit de consulter à titre privé au sein des hôpitaux publics, et non plus seulement dans leurs propres cabinets (clínica). OCDE, « La réforme en cours du système de santé portugais », in *Etudes économiques de l'OCDE*, Editions de l'OCDE., 2004, vol.13, p. 135-194 ; Paulo FERRINHO, Cláudia CONCEIÇÃO, André Rosa BISCAIA, Inês FRONTEIRA et Ana Rita ANTUNES, « Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation? », *Revue Française des affaires sociales*, 60-2-3, 2006, p. 297-312.

⁵²³ T. P. G. MATOS, *Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal*, op. cit.

⁵²⁴ C'est en tout cas la proportion retrouvée par Tânia Pinto Gomes Matos dans son travail sur le métier de kinésithérapeute portugais, et confirmée par les informations issues du syndicat unique portugais A.P. Fisio. *Ibid.*

hôpital public ou dans d'autres centres privés. Leurs rétrocessions étaient confidentielles, mais d'un pourcentage beaucoup plus faible que les 50% de la kinésithérapeute (autour de 25%, ajustables en fonction de la spécialité), et le service rendu par la clínica beaucoup plus attentif à leurs besoins : dans leurs cas, les secrétaires allaient chercher les patients dans la salle d'attente et les amenaient, sur demande, dans leur salle de consultation. Pour les médecins, la gestion de la clínica par un manager ne signe pas un asservissement à un riche propriétaire, mais une décharge de la charge administrative et managériale sur un tiers qui se rémunère en conséquence. Le contrôle strict du nombre et la légitimité médicale sur les problèmes de santé leur permettent d'imposer leurs conditions, même dans une logique de marché de la santé à priori ouvert, concurrentiel et défavorable à la logique professionnelle⁵²⁵. Ce qui n'est pas le cas des kinésithérapeutes, qui sont perçus comme des exécutants, plus interchangeables.

Si les organisations bismarckiennes ou beveridgiennes restent donc incontournables pour comprendre les politiques de contrôle du nombre, elles ne suffisent pas à expliquer les variabilités de situation. Il semble que les nuances de professionnalisme atteintes par les corporations jouent pour beaucoup dans leur capacité à amender les politiques publiques dans un sens favorable. Le système bismarckien abrite la situation française où le contrôle du nombre se fait via un *numerus clausus*. Dans ce cas, une fois le nombre d'impétrants établi, la corporation a quelques latitudes pour orienter le travail dans un sens jugé plus favorable. A l'inverse, la situation allemande montre un contrôle du nombre moins direct mais un maintien à un niveau de diplôme et de rémunération très bas qui permettent un contrôle du coût de ces soins et qui limitent l'autonomie et le pouvoir de la corporation. Le système beveridgien, de la même manière, abrite le cas britannique, où la corporation est puissante et où, en accord avec les structures universitaires, le nombre d'impétrants est limité, instaurant un rapport de force favorable à la fois envers le secteur public (exigence quant au statut, au travail et à la rémunération) et le secteur privé (moindre concurrence pour la clientèle). Il abrite, à l'inverse, les cas espagnols ou portugais où la faiblesse des corporations se traduit par une liberté du commercialiser l'attribution des titres professionnels et la mise en concurrence des acteurs pour l'accès au marché du travail.

Les positions des corporations au sein des espaces nationaux de la santé peuvent être analysées via les attributs organisationnels typiques du professionnalisme. Pour les déterminer, la logique d'Eliot Freidson⁵²⁶ de différenciation du travail professionnel du travail bureaucratique ou marchand a été mobilisée. Il a notamment été repris les éléments ayant trait au marché du travail et à la formation des professionnels et il a été créé une classification propre, permettant de souligner des nuances de professionnalisme variables selon les organisations nationales de la kinésithérapie :

⁵²⁵ E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*

⁵²⁶ *Ibid.*

	France	Belgique	Espagne	Portugal	Grande Bretagne
Entrée dans la formation	Sélection forte quantitative	Sélection moyenne qualitative	Dual : Sélection faible, financière dans le privé Sélection forte, quantitative dans le public	Dual : Sélection faible, financière dans le privé Sélection forte, quantitative dans le public	Sélection forte quantitative
Enseignants faisant partie de l'activité	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours depuis peu	Toujours
Enseignants à temps pleins	Souvent	Habituellement	Souvent	Souvent	Habituellement
Enseignants faisant de la recherche	Rarement	Oui	Rarement (uniquement dans le public)	Rarement	Oui
Affiliation universitaire	Rattachement récent	Oui	Oui	Non	Oui
Travail protégé par le titre	Oui	Oui	Incomplètement	Incomplètement	Oui
Marché du travail ⁵²⁷	Florissant	Variable	Difficile	Difficile	Plutôt florissant
Prescription médicale ⁵²⁸	Oui	Oui	Oui secteur public Non secteur privé	Oui secteur public Non secteur privé	Non
Ordre	Oui	Non	Oui	Oui ⁵²⁹	Oui
Pourcentage de femmes ⁵³⁰	50%	60%	60-70%	Non Accessible, 80% dans l'école investiguée	80%

⁵²⁷ Le marché du travail favorable n'est pas complètement développé par Freidson, néanmoins sa protection et son contrôle sont présents dans ses écrits. Or ce pouvoir des professions est synonyme de marché du travail plutôt favorable à ses membres. En France, Catherine Paradeise (C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.) a particulièrement mis en avant ces caractéristiques de protection de l'emploi.

⁵²⁸ Si la prescription est spécifique au monde de la santé, le lien de subordination qu'elle incarne est tout à fait antagoniste avec la logique professionnelle développée par Eliot Freidson.

⁵²⁹ Un Ordre a été mis en place en 2021 au Portugal.

⁵³⁰ Le pourcentage élevé de femmes est ici considéré comme facteur déprofessionnalisant, bien que le rôle de la féminisation dans l'évolution de la profession médicale soit débattu par rapport à l'évolution globale de la société et aux enjeux de classes sociales. Marlaine CACOUAULT-BITAUD, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, N° 5-1, 2001, p. 91 ; Marlaine CACOUAULT-BITAUD et Geneviève PICOT, « Les médecins solaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession "féminine" ? », in *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 413-423 ; N. LAPEYRE et N. LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », art. cit.. Il s'agit toutefois d'un axe d'analyse des différences entre groupes sociaux, ce pourquoi cette donnée a été retenue ici. Les données sont issues de l'Ordre français (2017), de l'Ordre espagnol (2015), de l'institut national de statistique belge (2018), et de l'Ordre britannique (Chartered Society of physiotherapy, article de 2017). Les données ne semblent pas accessibles au Portugal (recherche A.P.Fisio et Insituto nacional de estatistica).

Système de santé	bismarckien	bismarckien	beveridgien	beveridgien	beveridgien
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Tableau 10 : catégorisation par pays de certaines caractéristiques professionnelles des kinésithérapeutes.

Un dégradé du bleu (attribut professionnalisant) au rouge (attribut déprofessionnalisant) permet d'améliorer la lecture.

Les cadres nationaux montrent des historiques différents d'organisation des cursus de formation, laissant plus ou moins de place à la formation théorique et à la recherche ou à la formation pratique à visée de reproduction de savoir-faire. C'est dans ces cadres nationaux qu'ont été instaurés des mesures variées de contrôle des impétrants et de leur nombre, en lien avec des systèmes de soin dont les modèles et l'intensité de la socialisation des coûts sont variables. Ces variabilités de contextes inter étatiques au sein de l'UE nous renseignent sur la disjonction qui peut exister entre une mission (la rééducation de la motricité altérée) et les protections conquises par une corporation pour y répondre.

Ces variations nationales interrogent les processus de construction des groupes professionnels mais déclenchent aussi des mouvements bien contemporains. Le processus de Bologne rend plus lisibles les cursus étrangers et leurs éventuels intérêts ou repoussoirs pour les acteurs. A cette mise en intelligibilité et donc comparabilité des cursus, la législation de libre circulation de l'Union Européenne rajoute une reconnaissance des titres des travailleurs que les corporations ne peuvent que peu amender. Lisibilité des cursus et liberté de circulation tendent alors à créer un grand marché des travailleurs de la santé, avec mise en concurrence de la formation et des marchés du travail, c'est-à-dire des systèmes d'enseignement et de santé. Cette mise en concurrence provoque alors des choix des acteurs pour sélectionner les modalités de formation ou d'exercice les plus attrayantes : c'est-à-dire des migrations.

b) Des situations écologiques diverses et des frontières ouvertes : les migrations des kinésithérapeutes

Ces migrations sont ici analysées comme des résultantes de cadres nationaux divers, dont les principales caractéristiques ont été résumées, au risque de la réduction. Ces caractéristiques mettant en jeu à la fois des composantes liées aux conditions de formation et aux conditions d'exercice, il sera proposé ici que les migrations superposent ces deux phénomènes, tout en représentant en réalité les deux faces d'une même réalité : l'intégration par les acteurs des opportunités offertes selon les pays, qu'ils peuvent exploiter pour une meilleure trajectoire personnelle. Les variations de situations nationales distinguent les kinésithérapeutes des médecins et contribuent à des flux migratoires interétatiques différents entre les deux corporations.

Des migrations de proximité, quantitativement importantes

Les migrations de kinésithérapeutes se font selon plusieurs logiques. D'une part il s'agit de migrations de travailleurs qui partent de pays à écologie moins favorable pour rejoindre des pays où la place de la kinésithérapie est plus favorable. D'autre part, une logique de proximité existe, les kinésithérapeutes rejoignent ainsi d'abord les pays les plus proches de leur lieu de formation.

Les migrations de professionnels de santé sont courantes et statistiquement évaluées en Europe (accessible via la « Regulated Profession Database »), par le fait que ces métiers sont régulés et donc qu'il y a des décomptes possibles des reconnaissances de diplômes obtenues⁵³¹. Les cas des infirmières⁵³² et surtout des médecins⁵³³ sont souvent étudiés avec, à la clé, la conclusion que ces professionnels évoluent dans une société globalisée⁵³⁴ mettant en concurrence les employeurs (ou systèmes de santé)⁵³⁵. Ces professionnels, à forts capitaux culturels (dans le cas le plus évident des médecins), en tirent profit pour chercher les conditions d'exercice les plus favorables, affaiblissant, par là-même, les dispositifs sanitaires des pays les moins concurrentiels⁵³⁶.

Si ces phénomènes existent, ils sont cependant à relativiser dans leurs proportions pour les soins les plus valorisés⁵³⁷. Les médecins, dont l'inquiétude face à la pléthore est bien connue⁵³⁸, ont été dans les

⁵³¹ Ce décompte européen est toutefois sujet à caution, dans le cas de la France, par exemple, les autorisations d'exercices délivrées pour les kinésithérapeutes n'ont été renseignées qu'en 1997-1998, 2011, 2013 et 2014. Il n'y a pas de chiffres pour les autres années.

⁵³² Muge AKPINAR-ELCI, Omur Cinar ELCI et Murat CIVANER, « Care Drain », in Henk TEN HAVE (dir.), *Encyclopedia of Global Bioethics*, Cham, Springer International Publishing, 2015, p. 1-7 ; Susana AMARAL et Ana Paula MARQUES, « Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente », in *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais., Lisboa, 2014, p. 141-158 ; Ellen KUHLMANN, Judith ALLSOP et Mike SAKS, « Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany », *Current Sociology*, 57-4, 2009, p. 511-528.

⁵³³ Marie-Jeanne BLAIN, Sylvie FORTIN et Fernando ALVAREZ, « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée », *Revue européenne des migrations internationales*, 30-3-4, 2014, p. 139-162 ; Agnès COUFFINHAL, « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé*, 45, 2001, p. 6 ; M. L. DELAMAIRE et F.-X. SCHWEYER, « Nationally moderate, locally significant : France and Health professional mobility from far and near », art. cit ; Alain JOURDAIN et Tam PHAM, « Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins », *Santé Publique*, 29-1, 2017, p. 81 ; R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », art. cit ; Matthias WISMAR, WORLD HEALTH ORGANIZATION et EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (dir.), *Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries*, Copenhagen, Denmark, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

⁵³⁴ S. AMARAL et A. P. MARQUES, « Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente », art. cit.

⁵³⁵ R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », art. cit.

⁵³⁶ M. AKPINAR-ELCI, O. C. ELCI et M. CIVANER, « Care Drain », art. cit ; A. JOURDAIN et T. PHAM, « Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins », art. cit ; M. WISMAR, WORLD HEALTH ORGANIZATION et EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (dir.), *Health professional mobility and health systems*, op. cit.

⁵³⁷ Jean-Claude VEREZ, « Le défi de la convergence des modèles sociaux européens dans un contexte de crise budgétaire et d'endettement », *L'Europe en Formation*, 364-2, 2012, p. 11.

⁵³⁸ M. O. DEPLAUDE, « Une fiction d'institution : "les besoins de santé" de la population », art. cit ; Isabelle RICHARD et Jean-Paul SAINT-ANDRE, « Études de médecine : quelques réflexions pour l'université française », *Esprit*, Octobre-10, 2010, p. 67.

premiers à s'inscrire dans le régime de reconnaissance automatique des diplômes européens, tout en s'opposant à l'europanisation précoce de la santé⁵³⁹. Marc-Olivier Déplaud explique cette position par le pari du conseil de l'Ordre des médecins (CNOM) d'une compensation des arrivées de médecins européens par les départs de médecins français⁵⁴⁰. Cette analyse s'est confirmée, au moins jusqu'aux années 2000, avec, en 2001, à peine plus de 1% de médecins communautaires parmi les médecins français⁵⁴¹.

Tout se passe comme si les conditions de travail étaient attractives pour les médecins partout en Europe⁵⁴² et que, finalement, les mécanismes d'attractions/répulsions⁵⁴³ entre pays européens⁵⁴⁴ étaient faibles et ne déclenchaient que peu de flux migratoires⁵⁴⁵. Dans ce cadre-là, la reconnaissance automatique des diplômes ne favorise qu'une immigration européenne marginale. Elle ne mettrait donc pas en question la clôture du marché du travail historique en France pour la profession de médecin⁵⁴⁶

⁵³⁹ Alban DAVESNE et Sébastien GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954): Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *Politique européenne*, 41-3, 2013, p. 40.

⁵⁴⁰ « *La transposition en droit français des directives communautaires du 16 juin 1975 visant à rendre effective pour les médecins la libre circulation des personnes et des services prévus par le Traité de Rome de 1957 suscite nettement moins de résistances au niveau de la profession médicale, ses représentants escomptant que les migrations de médecins à l'intérieur de la CEE seront limitées ou se compenseront. Les praticiens ressortissants d'un État membre de la CEE sont ainsi autorisés à exercer en France sans autorisation préalable à partir du 1er janvier 1977.* » M.-O. DEPLAUDE, « Une xénophobie d'État ? », art. cit, p. 95.

⁵⁴¹ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit. La situation a un peu évolué depuis, avec en 2017, sur 290 974 médecins inscrits au tableau de l'ordre, 10 053 diplômés de l'UE, soit 3,5% du total des médecins en 2017 (CONSEIL NATIONAL ORDRE DES MEDECINS, « Etudes longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France ».) Cette augmentation récente est à relier avec l'ouverture à l'Est, notamment à la Roumanie, grande fournisseuse de médecins. Si ce sujet n'a pu être traité ici, la discussion sur l'homogénéité des statuts professionnels entre médecins roumains et d'Europe de l'ouest est ouverte (contrôle et sélectivité des formations notamment).

⁵⁴² OCDE, « Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) », in *Panorama de la santé 2011*, Editions OCDE., 2011, p. 4.

⁵⁴³ En référence à la théorie néoclassique de la migration d'Everett Lee⁵⁴³, qui est basée sur une explication sociologique des comportements individuels réinscrits dans des modèles économiques, comme les « coûts de transaction », (constituant des « intervening obstacles » chez Everett Lee). C'est une théorie des migrations qui se place du point de vue du migrant et de son pays de départ plutôt que du point de vue des politiques d'accueil, ou de constitution d'« armées de réserve » néomarxistes. Or, dans les migrations professionnelles, les situations dans les pays de départ semblent primordiales. Cette approche théorique semble suffisamment malléable pour s'adapter à notre cas empirique car les facteurs d'attraction ou de répulsion ainsi que les obstacles intermédiaires y sont susceptibles d'être interprétés différemment selon les situations. Elle permet de donner un cadre conceptuel (bien que binaire) aux différentes tensions qui traversent les kinésithérapeutes devant le projet de migration, que ce soit dans le sens de recherche de formation ou dans le sens de recherche d'emploi. Une limite importante reste le postulat de rationalité des acteurs, dérivé des approches économiques classiques. De fait, ce mécanisme n'est pas le seul en jeu, et les notions d'interconnaissances, les socialisations primaires et secondaires, la représentation de soi, du métier ou du pays participent à inhiber ou créer des flux migratoires. En ce sens, les push et pull factors de la théorie d'Everett Lee constituent plus un référentiel dans lequel s'inscrivent les acteurs et qu'ils exploitent ou non en fonction de leurs singularités. Everett LEE, « A theory of migration », *Demography*, 3, 1966, p. 47-57.

⁵⁴⁴ Jean-Marie CARDEBAT, « V / Les nations face à la mondialisation », in *La mondialisation et l'emploi*, Paris, La Découverte, 2002, p. 91-109.

⁵⁴⁵ M. L. DELAMAIRE et F.-X. SCHWEYER, « Nationally moderate, locally significant: France and Health professional mobility from far and near », art. cit.

⁵⁴⁶ La situation peut être différente pour les médecins extracommunautaires, dont les barrières à la migration sont plus nombreuses (Hatzfeld (C.), Boidé (M.), Baumelou (A.), « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire : Leur difficile intégration dans le système français. Cas des médecins et des infirmiers », *Hommes & migrations*, (1282), 2009.)

(depuis 1892 avec la loi sur le monopole d'exercice de la médecine par les docteurs en médecine ⁵⁴⁷). Finalement, malgré des disparités de rémunérations inter-étatiques fortes⁵⁴⁸, les médecins ont des positions intra-étatiques privilégiées, avec des revenus supérieurs aux moyennes nationales respectives⁵⁴⁹ et une reconnaissance symbolique forte⁵⁵⁰. Cette situation relative semble un frein à des migrations massives de médecins entre pays européens, malgré la tendance, soulignée par Raymonde Séchet et Despina Vasilcu⁵⁵¹, des travailleurs favorisés à faire jouer la concurrence internationale.

Concernant les kinésithérapeutes, ils restent pour partie sous le radar des quantifications européennes⁵⁵². En effet, les données Eurostat sont approvisionnées par les Etats membres, ce qui n'est pas toujours fait, ou en tout cas pas avec régularité, pour les kinésithérapeutes.

Aussi les chiffres retenus sont ceux de l'Ordre français des kinésithérapeutes⁵⁵³. En effet la pratique en France nécessite d'être inscrit au tableau de l'Ordre. De plus, l'Ordre a systématiquement un représentant dans chaque commission d'équivalence (qui sont régionales) et réalise un travail de compilation des résultats⁵⁵⁴.

Malgré cela, leur nombre reste significatif (Couffinhal (A.), « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *art. cit.* ; Lochard (Y.), Meilland (C.), Viprey (M.), « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail : Les effets d'une discrimination institutionnelle », *La Revue de l'Ires*, 53 (1), 2007.) Ils représentent 5,7% des inscrits au tableau de l'Ordre des médecins en 2017, auxquels il faut ajouter une part floue de non-inscrits.

⁵⁴⁷ Bernard HOERNI, « La loi du 30 Novembre 1892 », in *Histoire des sciences médicales tome XXXII*, Paris, BIU Santé, 1998, p. 63-67.

⁵⁴⁸ OCDE, « Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) », *art. cit.*

⁵⁴⁹ Il est très difficile d'évaluer les revenus des médecins en Roumanie, qui ne fait pas partie de l'OCDE. Des témoignages de médecins, relayés par la presse faisaient état de revenus proches de 400 euros (légèrement supérieur au revenu moyen estimé à 340 euros) en 2011 : voir par exemple l'article du monde diplomatique « Chassé-croisé franco-roumain. La valse européenne des médecins » de Chebana M et Geslin L, publié en mai 2011. Mais plusieurs écueils demeurent comme la distinction entre revenu brut et net (si les détenteurs de capitaux culturels que sont les médecins peuvent estimer les écarts de revenus transnationaux, sans doute sont-ils aussi sensibles aux prélèvements sociaux et aux services sociaux favorables associés), les avantages en nature (logement, véhicule, études des enfants) ou encore l'économie parallèle (possibilités de revenus non déclarés). En outre le 07/06/2017, une forte revalorisation salariale a eu lieu pour les médecins roumains, portant leur salaire mensuel jusqu'à 2700 euros pour des spécialistes expérimentés (source AFP) pour un salaire brut mensuel moyen de 1000 euros en Roumanie en 2018 (source INSEE, extraction de données Eurostat juillet 2019)

⁵⁵⁰ Eliot Freidson rappelle, que, même en URSS comme exemple d'un lieu de moindre autonomie professionnelle, les médecins gardaient une autonomie technique et pratique : « *le droit de faire un diagnostic et de prescrire selon les critères habituels du savoir médical* », avec une évaluation par les pairs (E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*, p. 129-132.)

⁵⁵¹ R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », *art. cit.*

⁵⁵² Roland CASH et Philippe ULMANN, *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé. Le cas de la France.*, Paris, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2008.

⁵⁵³ Ces chiffres ne sont pas toujours intégralement publiés. Ils m'ont amicalement été communiqués par le CNOMK.

⁵⁵⁴ Il existe une fragilité sur les kinésithérapeutes travaillant hors du champ médical ou dans le secteur particulier de la cure thermale (à « turn over » important et où les entreprises entretiennent un certain flou quant aux qualifications nécessaires pour pratiquer des actes « de confort », « d'entretien physique », « de modelage » ou « de kinésithérapie »). Néanmoins ces domaines d'activités restent plutôt marginaux et ces chiffres semblent de bons indicateurs des flux migratoires.

Années	Nombre de demandes d'Autorisations d'Exercice (AE)	Nombre d'Autorisations d'Exercice accordées (AE)	Quota IFMK -3 ans
2011	1942	1537	1999
2012	2814	2203	2139
2013	2806	2345	2285
2014	2299	1757	2295
2015	2313	1674	2485
2016	2610	1957	2564
2017	2482	2064	2594
2018	2628	2116	0

Tableau 11 : relevé des demandes d'Autorisations d'Exercice (AE), des AE autorisées, et évaluation du nombre de sortant des IFMK français via le quota 3 ans auparavant.

Jusqu'aux diplômés de 2018, les promotions françaises suivaient 3 ans d'études en IFMK. La promotion rentrée en 2015 est la première à avoir suivi 4 ans intra IFMK, d'où l'absence de diplômés en 2018 (il s'agit d'une estimation par les entrants, quelques redoublants de la maquette « 3 ans » ont dû sortir effectivement cette année-là).

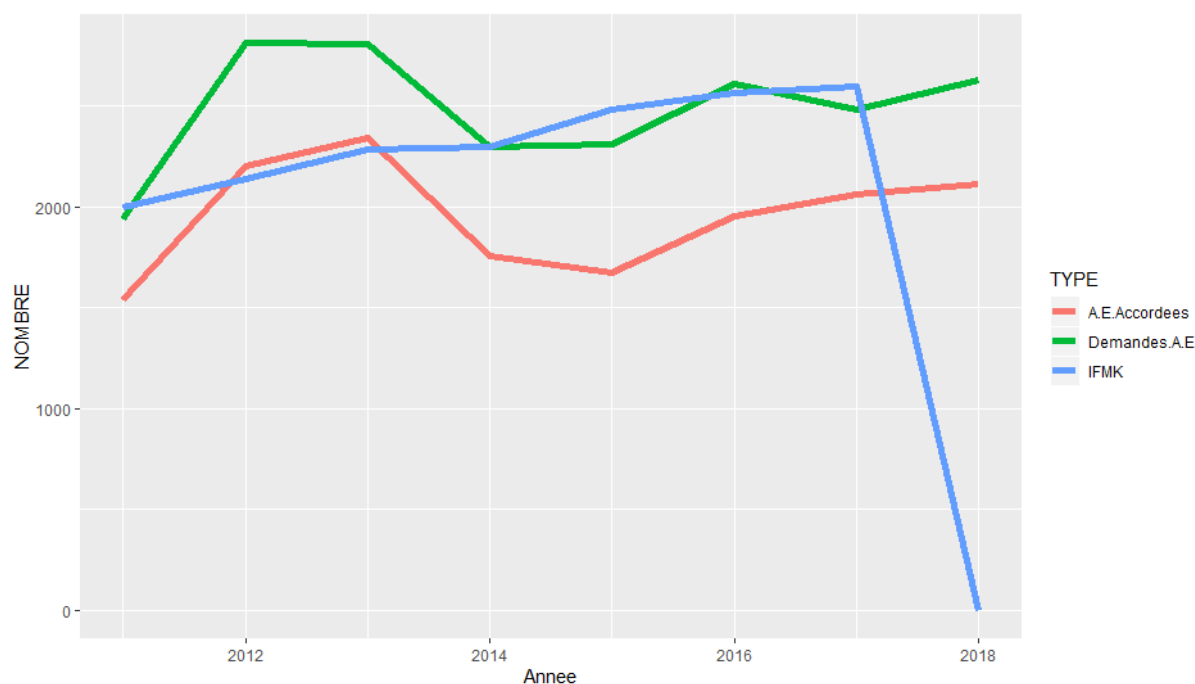


Figure 2 : comparaison des demandes d'AE (courbe verte), des AE accordées (courbe rouge) et évaluation des sortants d'IFMK (courbe bleue) de 2011 à 2018.

Pour ces derniers, évaluation par le quota de l'année N-3 (durée d'études de 3 ans) jusqu'à la promotion sortant en 2018, où l'allongement de durée d'études à 4 ans intra IFMK a produit une année « blanche »⁵⁵⁵.

⁵⁵⁵ Le pic d'autorisations d'exercices de 2012-2013 n'a pas pu être documenté plus précisément par manque d'antériorité. En effet, avant 2011, les CRAE n'étaient pas régionales, avec des représentants ordinaires, mais gérées directement par le Ministère de la Santé. A ma demande des officiels ordinaires (dont le responsable de la compilation de ces données) ont demandé à la DGOS (direction générale de l'offre de soin) leurs données préalables mais il a été répondu que le Ministère n'aurait « pas conservé d'archives ». De plus, avant 2014, les relevés ordinaires étaient globaux, sans détails des nationalités et origines de diplômés.

Si les données ne sont pas antérieures à 2011 (date du début de leur compilation par le CNOMK), il est possible de constater, sur la période récente, que le nombre global de kinésithérapeutes intégrant la corporation avec un diplôme à l'étranger est proche du nombre de diplômés domestiques.

Ces flux entrants de diplômés sont principalement originaires de 6 pays. Sur 1730 diplômés européens acceptés en 2016 au niveau national, 35,7% sont de diplômés belges, 30,2% de diplômés espagnols, 10,5% de diplômés allemands, 7,5% de diplômés polonais, 7,3% de diplômés roumains et 3,9% de diplômés portugais⁵⁵⁶. Ces flux se répartissent inégalement sur le territoire français. Les origines géographiques des diplômés européens ont aussi pu être approchées régionalement par les données ordinales françaises.

Une enquête pour déterminer l'origine des kinésithérapeutes à diplômes étrangers :

Les Commissions Régionales d'Autorisations d'Exercices (CRAE) sont assez discrètes, organisées sans comptes-rendus publics par les DRJSCS⁵⁵⁷. Néanmoins, il est possible d'avoir une idée de qui sont ces diplômés étrangers grâce aux données récoltées par le CNOMK via ses représentants dans chaque CRAE. La qualité est cependant hétérogène. Ainsi, certains ont simplement fait remonter le nombre total de demandes et d'Autorisations d'Exercice. D'autres, cependant, ont aussi précisé les pays d'origine des diplômés étudiés.

Si une analyse nationale exhaustive ne peut donc être faite, les résultats de certaines régions peuvent être pris en compte. Les années de recueil analysées sont 2014-2015-2016 (CRAE dans chaque ancienne région administrative française, avant fusion des CRAE dans les cas de nouvelles régions). J'ai choisi de m'intéresser, quand la donnée existait, préférentiellement aux AE accordées, pour leur impact possible sur la démographie des professionnels, plutôt qu'aux demandes, plus fines sur les aspirations des migrants à travailler dans les diverses régions mais moins représentatives de l'impact sur la démographie (certains professionnels pouvant être refusés ou surtout soumis à mesures compensatoires, susceptibles de les faire renoncer ou différant a minima leur arrivée sur le marché du travail régional). Pour le Languedoc Roussillon, néanmoins, seules les origines des demandes étaient disponibles (le représentant ordinal n'a pas fait remonter de données plus détaillées) et ont par conséquent été utilisées. Cette région nous semble malgré tout importante à considérer dans l'analyse de par sa proximité avec la Catalogne, grande formatrice de kinésithérapeutes. De la même façon, les régions Alsace (proximité avec l'Allemagne) et Nord Pas-de-Calais (proximité avec la Belgique) ont été choisies pour analyse. Enfin, deux régions non frontalières ont été choisies, sur un critère de qualité de données : AE relevées et nombre suffisant... La Basse Normandie par exemple n'a pas été retenue, ayant délivré 4 AE en 2014. Il est enfin à noter que ces données ne présument pas de la nationalité des demandeurs, qui n'a pas été relevée dans ces commissions. Il s'agit donc de flux migratoires de diplômés d'un pays vers la France quelles que soit leurs origines. Se superposent donc les phénomènes de migrations de travail (un résident d'un pays, formé dans son pays, rejoint la France

Les entretiens semblent toutefois montrer une grande vague migratoire de 2010 à 2013 de kinésithérapeutes d'Espagne et du Portugal. L'hypothèse la plus crédible est celle d'une conséquence de la crise financière sur des soins à la charge directe des patients. Ceux-ci ont été moins accessibles à une grande part de la population, entraînant une migration des professionnels vers un environnement préservé par l'inclusion dans le panier de soin financé par la mutualisation nationale.

⁵⁵⁶ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

⁵⁵⁷ Direction Régionale Jeunesse Sport et Cohésion Sociale, qui a hérité de la certification des diplômes lors du rattachement de la majorité des missions des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales aux Agences Régionales de Santé. En effet les DRJSCS restent une administration déconcentrée tandis que les ARS sont des agences, qui ne peuvent avaliser un Diplôme d'Etat.

pour son travail) et de migrations d'études (un français revient travailler en France après avoir réalisé ses études dans un pays tiers).

Pour autant, ces phénomènes présentent une convergence dans le sens de flux migratoires de pays à nuance de professionnalisme plus faible (que ce soit au niveau du manque de protection de sa formation ou de son marché du travail) vers un pays à nuance de professionnalisme plus élevée (au moins selon ces deux critères).

Pays ayant délivré le diplôme	AE accordées 2014-2015-2016 en région Auvergne	AE accordées 2014-2015-2016 en région Poitou Charentes	AE accordées 2014-2015-2016 en région Alsace	AE accordées 2014-2015-2016 en région Nord Pas-de-Calais	Demande d'AE 2014-2015-2016 en région Languedoc-Roussillon
Espagne	34	34	5	12	182
Belgique	11	43	80	424	62
Portugal	13	14	5	1	13
Roumanie	6	11	2	3	83
Pologne	5	12	7	5	25
Allemagne	0	3	436	3	3
Autre	3	1	1	10	12

Tableau 12 : relevé des AE accordées (demandées pour le cas du Languedoc-Roussillon) dans différentes régions françaises frontalières ou non (nous soulignons en gras)

Ce tableau 12 montre que les régions françaises frontalières reçoivent plus de demandes d'AE de diplômés que les régions non frontalières et que ces flux sont constitués justement de demandeurs issus du pays voisin. Cela accrédite l'hypothèse de flux européens de proximité.

Pays ayant délivré le diplôme	Demande d'AE 2014 en région Languedoc-Roussillon	Demande d'AE 2015 en région Languedoc-Roussillon	Demande d'AE 2016 en région Languedoc-Roussillon
Espagne	15	76	91
Belgique	13	28	21
Portugal	2	6	5
Roumanie	18	40	25
Pologne	19	6	0
Allemagne	0	2	1
Autre	2	5	5

Tableau 13 : relevé des demandes d'AE en région Languedoc-Roussillon et leur évolution au cours du temps.

Le tableau 13 souligne que, dans le cas particulier d'une région frontalière avec l'Espagne (le Languedoc Roussillon), les demandes d'AE en provenance de ce pays présentent une variation dans le temps, en lien avec le développement des filières de formation dans le pays.

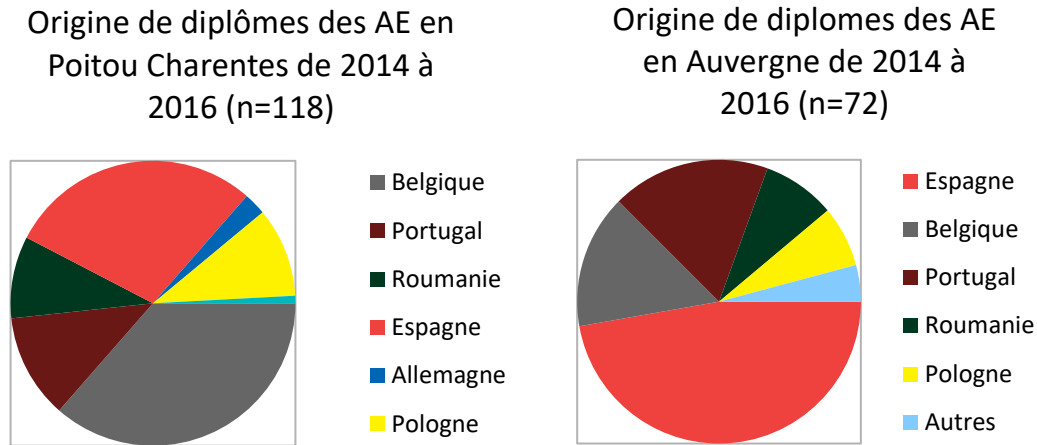


Figure 3 : représentation des origines de diplômes des AE accordées dans deux régions non frontalières

Ces deux diagrammes nous montrent la répartition d'origine de diplômes des kinésithérapeutes ayant reçu une Autorisation d'Exercice. Même si Espagne et Belgique sont des pays toujours bien représentés il ne semble pas y avoir d'origines préférentielles majeurs. L'éloignement des frontières semble diversifier les origines de diplôme.

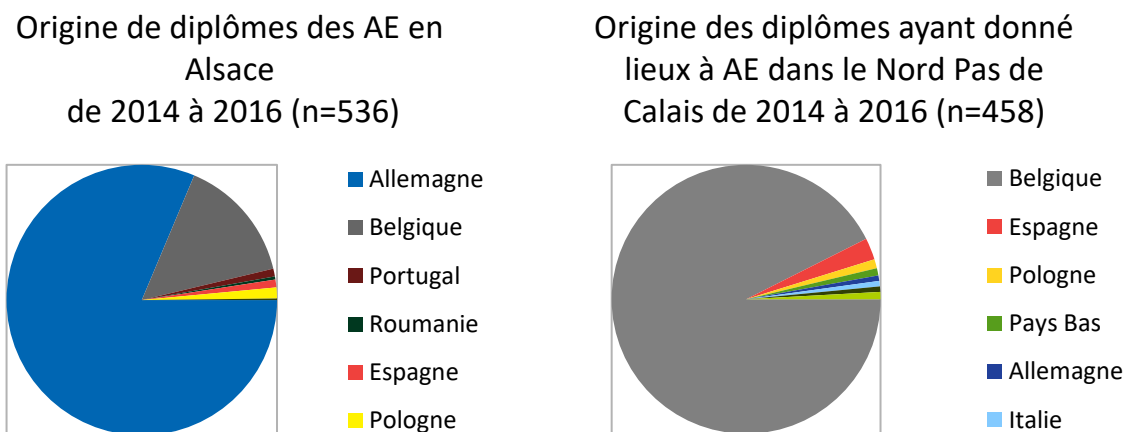


Figure 4 : représentation des origines de diplômes des AE accordées dans deux régions frontalières

L'Alsace et le Nord Pas-de-Calais illustrent les flux migratoires dans des régions frontalières avec des régions européennes très formatrices en kinésithérapeutes. Il y a une migration de proximité (comme

moindre obstacle à la migration). Le nombre d'AE est lui aussi significativement plus important que pour les régions non frontalières (le constat serait similaire sur les demandes d'AE).

Des frontières ne sont pas évoquées ici, comme la frontière italienne avec Provence Alpes Côte d'Azur, la frontière suisse avec Rhône Alpes, voire la frontière maritime avec la Grande Bretagne. Ces frontières ne connaissent pas de flux particuliers de kinésithérapeutes depuis ces pays adjacents. Ce constat appuie l'importance du lien entre système de formation et exercice professionnel en kinésithérapie : en effet ces 3 pays (Suisse, Grande Bretagne, Italie) se caractérisent par des sélections quantitatives très strictes, similaires à la France, pour l'accès aux formations et diplômes de kinésithérapeutes⁵⁵⁸.

L'absence de contrôle quantitatif à la formation est un élément favorisant des migrations de proximité (pull factor de Lee⁵⁵⁹) qu'on ne retrouve pas en provenance de pays à contrôle strict du nombre d'étudiants.

Ces flux migratoires sont inégalement répartis, rappelant le lien étroit entre lieu de formation et lieu d'exercice⁵⁶⁰. Les universités étrangères qui forment des kinésithérapeutes ont des rayonnements limités, essentiellement à leurs régions limitrophes. Ainsi donc, si les frontières sont des obstacles faibles aux migrations au sein de l'UE, la distance géographique a, elle, un impact : elle tempère sans doute les flux de médecins à diplômes roumains ou de kinésithérapeutes à diplômes portugais contrairement aux flux de kinésithérapeutes à diplômes allemands qu'on retrouve en Alsace. L'absence de données sur les nationalités des demandeurs dans chaque région ne permet pas d'affiner ici des comportements différenciés en fonction de celles-ci, mais la massivité des flux de proximité est un élément appuyant l'importance de la proximité du pays d'étude par rapport à l'élément nationalité des acteurs dans le choix de la région française d'arrivée.

Enfin, malgré des données rétrospectives sur uniquement 3 ans, le Languedoc-Roussillon permet d'esquisser des évolutions de ces flux :

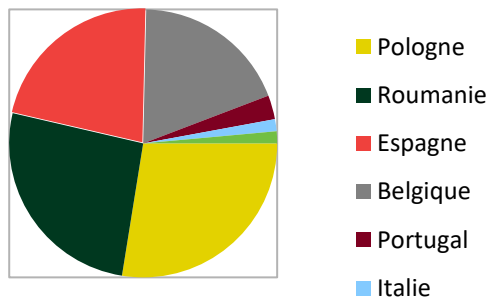
⁵⁵⁸ V. HASLER, *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20ème siècle)*, op. cit.

⁵⁵⁹ E. LEE, « A theory of migration », art. cit.

⁵⁶⁰ Armelle DREXLER, *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, EHESP, 2008 ; François TONNELIER et Emmanuel VIGNERON, *Géographie de la santé en France*, PUF., Paris, 1999.

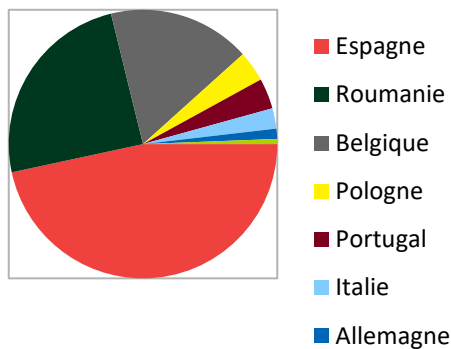
Origine des demandes d'AE en
Languedoc Roussillon en 2014

(n=68)



Origine des demandes d'AE en
Languedoc Roussillon en 2015

(n=163)



Origine des demandes d'AE en
Languedoc Roussillon en 2016

(n=150)

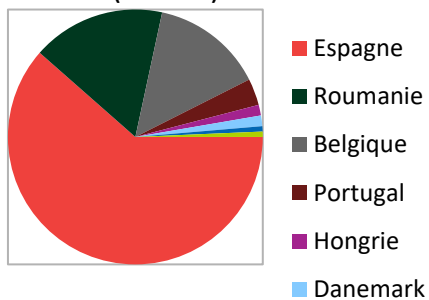


Figure 5 : représentation de l'évolution des origines de diplômés des demandes d'AE dans une région frontalière avec l'Espagne

Ces données permettent de constater l'apparition d'un phénomène de migrations régionales de diplômés espagnols prenant de l'ampleur au fil des ans, couplé à une augmentation du nombre de demandes d'Autorisations d'Exercice. Ces évolutions reflètent non seulement les migrations d'espagnols venant travailler en France mais aussi la création d'une filière universitaire de formation de français en Espagne à compter des années 2010. Malgré l'absence de la nationalité du demandeur dans ces données, un ordre

de grandeur est approchable d'après les déclarations indigènes qui évaluent entre 50% et 70% le nombre de français parmi ces demandeurs. Lors d'une observation participante en 2018 (réunion sur les autorisations d'exercice regroupant tous les membres des CRAE régionales, les présidents régionaux et le bureau national, 05/12/2018, siège du CNOMK à Paris), le chiffre de 70% de français dans les flux contemporains était retenu. Cependant, sur des données assez solides concernant les inscrits au tableau de l'ordre, sur 20 000 diplômés étrangers, 10 000 sont de nationalité française, soit 50% de français. Il est possible que cette différence de ratio français/étrangers dans les diplômés européens soit due à une évolution récente : c'est en tout cas ce que semble montrer les témoignages dans les universités privées catalanes où le nombre de français est passé d'anecdotique (une kinésithérapeute enquêtée rapporte avoir été la seule française de sa promotion 2009-2013 à « Privada V ») à majoritaire (70% de français, toujours à « Privada V » au moment de l'enquête en 2018-2019) en une décennie.

Les flux de kinésithérapeutes venant exercer en France ont pour origine principalement des pays proches où la position dans l'écologie de la santé est moins favorable. Ils illustrent ainsi les nuances de professionnalisme qui peuvent exister pour un même métier selon les contingences nationales. C'est ainsi que les cadres institutionnels montrent leur importance dans la consolidation des positions des groupes professionnels les moins établis : pour un travail considéré comme proche, les conditions écologiques sont suffisamment variables pour entraîner des migrations importantes.

Des migrations à relier aux protections variables de la kinésithérapie

Les migrations de kinésithérapeutes ont en réalité deux facettes : d'un côté des étudiants se destinant à la kinésithérapie quittent les pays à nuances de professionnalisme plus établies (notamment en matière de contrôle de la formation) pour rejoindre des pays où elle est moindre. De l'autre des travailleurs diplômés quittent des pays où les conditions de travail semblent moins favorables, pour rejoindre un marché plus florissant. Ces deux mouvements peuvent se comprendre à la vue des différences de conditions écologiques entre pays européens.

Migrations de travailleurs

Deux phénomènes migratoires se surajoutent. Pour les étrangers venant en France, il s'agit d'une recherche d'amélioration de conditions de travail. A l'image des français intéressés par les migrations au Québec, il s'agit de trouver un pays où la place écologique de la kinésithérapie est vue comme plus favorable. Sur 17 kinésithérapeutes étrangers travaillant en France rencontrés, une seule n'avait pas travaillé dans son pays d'origine avant sa venue en France⁵⁶¹. La majorité des témoignages se rejoignent

⁵⁶¹ En l'occurrence, il s'agit d'une kinésithérapeute néerlandaise attirée par la France, qui a fait son stage de fin d'étude en Bourgogne puis y est restée.

sur l'intérêt du travail en France par rapport au poste quitté dans le pays d'origine, parfois au détriment du niveau de vie. Un kinésithérapeute espagnol rapporte un travail rémunérateur au pays basque espagnol, mais sous le joug médical (en l'occurrence travail spécialisé en maxillo-facial après intervention dans un cabinet dentaire). Il déclare, lors de l'entretien, préférer son activité libérale française plus autonome, malgré un revenu similaire et un coût de la vie française supérieur.

Un autre kinésithérapeute espagnol, travaillant dans un CHU français depuis une dizaine d'année, évoque cette différence d'exercice à travers sa sensation quant à ses possibilités de travail diagnostique :

« Ce qu'on se dit surtout, c'est que les kinés en Espagne ils ont beaucoup moins l'habitude de bilanter les patients. Par rapport à ça, il y a des différences [avec les kinésithérapeutes français]. Moi je crois que c'est vrai mais aussi c'est parce que les études en Espagne sont beaucoup basées sur les traitements. C'est beaucoup plus « tu as ça, tu fais ça... » Tu vois ? Oui. Tu me diras plus basé sur... [En Espagne] il y a le médecin de rééducation qui va venir te dire il a ça, il a ça, il a ça, après c'est toi qui va mettre en place la rééducation derrière [...] Ici [en France] ... Bon. Il y a le médecin traitant qui t'envoie le patient, il y a machin qui t'envoie le patient, sans forcément de diagnostic qui soit très clair, sans un bilan qui soit très clair, sans... Et... Après c'est... Je sais pas, moi je leur dis aussi par rapport à ton suivi, tu vois, leur faire un bilan correct à l'entrée, un bilan correct à la sortie minimum, si tu peux faire au milieu tu le fais au milieu, pour avoir une idée [...] »

Entretien avec Rafael, kinésithérapeute hospitalier espagnol exerçant dans le sud de la France, 35 ans, mère au foyer, père commercial, entretien du 19/09/2018.

Alors qu'il n'y a aucun flux venant de Grande Bretagne ou des pays scandinaves, ces flux peuvent être importants en provenance des pays où le degré de professionnalisme est moindre. Ces migrations de travail n'ont cependant rien d'automatique : les freins sont nombreux et doivent être mis en regard avec les différences de situations professionnelles.

Dans le cas Belge, c'est le faible contrôle du nombre qui constitue le facteur décisif en comparaison avec la situation française. Il peut déclencher des migrations en cas de difficultés à trouver un poste et, dans ce cas, la communauté de langue rend la transition plus facile. Cependant la faible différence de statut au sein de l'espace de la santé rend ces migrations de citoyens belges sans doute modérées ou provisoires⁵⁶².

A l'inverse, pour certains pays, la place plus dominée de la kinésithérapie dans l'espace de la santé constitue un « push-factor »⁵⁶³, malgré des barrières linguistiques, et parfois de distances géographiques (dans le cas des pays de l'Est) importantes.

Au Portugal, la situation écologique est identifiée dans les causes d'une volonté d'émigration⁵⁶⁴. Selon Tânia Pinto Gomes Matos⁵⁶⁵, 65% des kinésithérapeutes de son enquête avaient pensé à un projet d'émigration. Si imaginer émigrer n'est en rien synonyme de passage à l'acte, ce taux élevé interpelle.

⁵⁶² Des étudiants belges évoquent la possibilité de pratiquer un temps dans des environnements locaux jugés attirants : montagne ou outre-mer français. Ces projets ne sont cependant évoqués que sur le ton du provisoire.

⁵⁶³ E. LEE, « A theory of migration », art. cit.

⁵⁶⁴ S. AMARAL et A. P. MARQUES, « Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente », art. cit.

⁵⁶⁵ T. P. G. MATOS, *Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal*, op. cit., p. 59.

Il est à mettre en relation avec les 1325 diplômés portugais émigrants répertoriés par la Commission Européenne (Regulated Profession Database⁵⁶⁶) entre 2008 et 2018 (à mettre en relation avec un corps professionnel portugais estimé à 11.000 membres en 2018 -10.000 en 2015-). Sachant que ces données ne sont renseignées que par les pays d'accueil européens, quand ils relèvent ces données et les transmettent (dans le cas français la comparaison des données européennes et des données CNOMK montre une réelle sous-estimation des statistiques européennes, avec des données manquantes en totalité sur certaines années), nous pouvons penser que ce phénomène d'émigration est même supérieur à ce que ces chiffres laissent apparaître.

Parmi les raisons d'émigrer, que Tânia Pinto Gomes Matos⁵⁶⁷ relève par questionnaire auprès de son échantillon de kinésithérapeutes portugais, on retrouve la meilleure rémunération, les conditions de travail et la meilleure reconnaissance professionnelle, autant de critères en liens étroits avec l'organisation des soins de kinésithérapie au Portugal.

Bien qu'ici l'analyse se soit essentiellement placée du point de vue des acteurs et de leurs situations écologiques diverses, les pays d'accueil peuvent aussi jouer un rôle d'initiation de ces flux. C'est le cas de la France vis-à-vis des infirmières et kinésithérapeutes espagnols.

En 2001, un dispositif conjoint entre le Ministère de la Santé français et les représentants des employeurs hospitaliers (FHF fédération hospitalière de France, FHP fédération des hôpitaux privés) s'est appuyé sur l'OMI (Organisation Internationale pour les Migrations) pour organiser une campagne de recrutement d'infirmières et kinésithérapeutes⁵⁶⁸ espagnols. Conjointement avec le centre pour l'emploi espagnol (INEM), les personnels de santé locaux au chômage ou en remplacements précaires furent invités à s'expatrier. Les travailleurs intéressés furent accueillis à Dourdan (Ile de France) où ils furent hébergés et suivirent des cours de français intensifs. Ce dispositif reçut un certain éclairage par la visite du Ministre de la Santé de l'époque, Jean François Mattei, qui promut ainsi son activisme en matière de réponse aux problématiques de postes hospitaliers non pourvus⁵⁶⁹. Le coût de 2180 euros de ce mois de formation (linguistique et juridique) et d'hébergement était assuré par les employeurs engagés dans le dispositif. 95% des arrivants passèrent le cap de cet apprentissage express et furent envoyés en poste dans diverses structures salariées françaises, notamment dans les zones en difficulté de recrutement (50% en région parisienne). Bien qu'aucun dispositif d'évaluation n'ait été prévu, les témoignages semblent indiquer que, sur ces 1300 professionnels, la plupart sont repartis⁵⁷⁰, face à des déceptions sur leur affectation trop loin de la frontière, des spécialités attribuées peu attractives (une grande partie s'est retrouvée en centres gériatriques, quasiment sans personnels français) et, dans le cas infirmier, devant

⁵⁶⁶ <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/> consulté le 15/07/2020

⁵⁶⁷ T. P. G. MATOS, *Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal*, op. cit.

⁵⁶⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_dispositif.pdf

⁵⁶⁹ Un discours du ministre Mattéi quant à ce dispositif est accessible en ligne : <https://www.vie-publique.fr/discours/139696-declaration-de-m-jean-francois-mattei-ministre-de-la-sante-de-la-fami> consulté le 22/01/2021

⁵⁷⁰ <https://www.actusoins.com/2971/des-infirmieres-espagnoles-lches-dans-la-nature.html>, consulté le 30/09/2021

une autonomie plus faible qu'en Espagne (par exemple les poses de points de suture ou de sondes urinaires doivent être supervisées par des médecins en France, ce qui n'est pas le cas de l'autre côté des Pyrénées)⁵⁷¹. Mais la filière fut ainsi avalisée et les employeurs de personnels salariés eurent donc une destination de recrutement déjà connue. Ils ont continué individuellement, souvent par le biais d'agences d'intérim privées, à faire appel à cette main d'œuvre. Ces agences privées ont raffiné leurs services en ne s'arrêtant pas à un rôle de recrutement pour les hôpitaux français mais en proposant des services aux travailleurs d'Europe du Sud (mais sans doute aussi ailleurs) : les étudiants kinésithérapeutes espagnols et portugais reçoivent désormais, dès leur cursus, des mails proposant des postes à l'étranger par secteurs d'activité ou types de rémunération (missions courtes, thermes, salariat hospitalier, secteur libéral). Il leur est aussi proposé une aide aux formalités de reconnaissance du diplôme (mise en forme du dossier, traduction) contre rémunération ou pourcentage sur les salaires à venir.

Migrations d'étudiants

Les conditions écologiques diverses dans un espace migratoire relativement ouvert expliquent une partie des migrations, selon une intensité d'autant plus importante que les degrés de professionnalisme atteints par les corporations nationales sont contrastés (et inversement proportionnels aux barrières à la migration tels les écarts culturels, la rareté de la langue ou l'éloignement géographique). Mais, à ces migrations de travail, s'ajoutent des migrations de formation. En effet, les conditions écologiques variables des kinésithérapeutes européens incluent aussi des conditions de formation diverses. Or, devant une reconnaissance européenne des diplômes, accréditée et rendue visible par la présence effective d'européens en France, les aspirants français à l'activité peuvent choisir de s'expatrier. Cette mobilité connaît des obstacles, mais qui peuvent être vus par certains comme moindres par rapport aux obstacles à l'accès au titre français.

Ainsi, jusqu'en 2006, la Belgique conjugue à la fois l'attractivité d'une langue commune et l'ouverture à tous du cursus (au moins l'accès à sa première année). L'absence de concours fait que, si les notions exigées sont acquises, l'étudiant valide ses années et finalement son titre professionnel. Mais alors qu'en 2005 le taux d'étudiants français en kinésithérapie à l'UB se monte à 80%, la fédération wallonne impose une limitation de non-résidents dans les cursus à 30% (nombre basé sur l'effectif de l'année précédente). La sélection se fait par tirage au sort ce qui interdit toute prédiction et projection certaine dans les études pour les aspirants français. Les étudiants les mieux renseignés sur les procédures belges tentent de tirer leur épingle du jeu en calculant leur probabilité d'être tiré au sort : ils font le ratio entre le nombre de

⁵⁷¹ Il existe peu de références fiables quant à cet épisode. Un site politique favorable aux politiques européennes (tenu par « les jeunes européens ») rapporte quelques témoignages de migrants : <https://www.taurillon.org/l-hopital-espagnol> consulté le 22/01/21. Quelques articles de presse assurent aussi des éclairages : « infirmières espagnoles, un bilan mitigé » Au nouvel observateur, février 2003. « Cómo se dice el médico? » Libération du 20 février 2003. « L'intégration des infirmiers espagnols va être améliorée » Le parisien du 20 Février 2003. « Du personnel soignant à l'accent espagnol » La Dépêche du 20 Mars 2003.

dossiers déposés et le nombre de places dans chaque structure l'année précédente (un seul dossier peut être déposé pour les non-résidents parmi toutes les structures belges). Mais la grande proportion de familles ayant recours à ce calcul entraîne une grande variabilité des taux d'une année sur l'autre, la structure ayant eu le meilleur taux d'acceptés en fonction du nombre de dossier se retrouvant sur-demandée l'année suivante. Un autre mécanisme, encore confidentiel au moment de l'enquête, consiste, dans les universités, à intégrer un cursus belge sans quota présentant des passerelles avec kinésithérapie. La faculté des sciences de la motricité propose des licences 1 non contingentées et les français peuvent s'y inscrire librement. A l'issue de cette année, ils peuvent demander les équivalences d'UE pour intégrer la filière kinésithérapie avec peu de modules spécifiques à rattraper (et un statut de résident belge). Dans tous les cas, la capacité à mettre en place la migration ou de l'annuler au dernier moment, avec une alternative en France, entraîne une sélection des familles. Il y a des impératifs aussi bien du point de vue financier (envisager plusieurs appartements, ne pas négocier les prix pour en trouver un rapidement) que du point de vue culturel (connaître la filière, ses modalités de tirage au sort -à l'automne-, trouver des interlocuteurs et informations fiables).

Les deux autres filières principales de formation de français à l'étranger sont l'Allemagne et l'Espagne. Celles-ci demandent initialement une certaine maîtrise de la langue qui, outre les problématiques logistiques entraînées par l'éloignement, favorisent les étudiants frontaliers, plus nombreux à apprendre une langue de proximité. Il faut préciser, dans le cas espagnol, que l'enseignement supérieur est généralement une compétence régionale et que, si la région catalane possède de nombreuses universités privées, ce n'est pas le cas du pays basque qui possède une seule école publique à Bilbao et semble ne pas autoriser facilement la privatisation de ce secteur. De ce fait, la région Nouvelle Aquitaine est plus à distance des universités accessibles aux français. Ces notions de proximités géographiques ne sont pas seulement physiques (le kilométrage brut) mais aussi temporelles (il existe des universités visant les français à Madrid, bien desservi par avion) ou combinant proximités géographiques et facilités linguistiques (Zaragoza et Valencia sont des destinations importantes car se sont les premières villes à langue castillane en partant de la frontière française, ce qui leur apporte un avantage sur les universités de la zone linguistique catalane, pourtant plus proches). Dans les cas allemands et espagnols c'est la faible sélection (les places sont seulement limitées par la capacité d'accueil proposée par l'établissement) qui explique l'appétence des étudiants français. Le contingentement de la destination belge a favorisé l'émergence de ces destinations alternatives malgré la nécessité d'un apprentissage linguistique. L'enquête dans les écoles privées catalanes montre cependant que cette barrière a été plus importante pour les pionniers de ces filières que pour les suivants : l'unique française formée à « Privada V » de 2009 à 2013 rapporte ainsi avoir dû apprendre l'espagnol et le catalan dans les premiers mois de présence pour pouvoir suivre les cours. A l'inverse, dans les promotions à majorités françaises actuelles, si la langue officielle reste le castillan (la langue fédérale), parfois mixé de catalan au fur et à mesure de l'avancée de études, le français est en fait usuellement parlé par les étudiants qui se regroupent entre

eux. Cette « francisation » des cursus frontaliers facilite la projection des étudiants français dans ces structures :

« Je suis allé visiter du coup les écoles quand même en Catalogne [...] Tout est plus récent donc ça me plaisait plus [que les universités publiques belges] et, en fait, aux portes ouvertes c'était des étudiants qui font les portes ouvertes, et moi-même maintenant j'en ai fait des portes ouvertes à [Privada M]. Et... les gens forcément c'est les questions qui revenaient, je leur disais mais quand même pour la langue et tout, c'est pas trop compliqué ? et tous ils me disaient ben c'est bizarre à dire mais non nous on a eu aucune difficulté, c'est quand même des QCM les exams donc tu n'as pas non plus... Et tu verras les profs sont habitués donc ne t'inquiète pas. Et au final au jour d'aujourd'hui j'ai déjà fait des portes ouvertes et aux élèves qui veulent peut-être venir ici et qui me disent et pour la langue, je leur dis ben non... Bizarrement tu verras c'est pas un problème et enfin voilà. »

Entretien avec Anne, étudiante originaire du Sud de la France, d'une mère profession libérale (expert-comptable) et d'un père chef d'équipe dans le BTP. Entretien du 21/11/2019.

La situation semble similaire dans les écoles privées allemandes frontalières :

« La plupart, 50% des profs sont français. Le directeur lui-même est français, enfin voilà... et puis sur les 50% restant il y en a peut-être 20% qui parlent vraiment pas français, les 30 autres pourcents de profs d'origine allemande parlaient un parfait français donc [...] [La langue utilisée en cours] c'était un « framand » en fait, on faisait nos phrases en français mais on mettait un terme technique en allemand donc... Voilà. C'était un peu... et ça de promos en promos ça... Enfin... ça persistait, on avait ce langage entre nous. »

Entretien avec Jean Baptiste, kinésithérapeute salarié originaire de l'Est de la France, diplômé allemand, père ouvrier, mère employée, entretien du 06/11/2019

Quant à la barrière administrative, toujours bien présente en Belgique, les formations allemandes et espagnoles privées font tout pour les amoindrir : site internet en français, promouvant la démarche « européenne », la durée d'études plus courte, la qualité de la formation et la facilité de la reconnaissance du diplôme en France⁵⁷². Le démarchage téléphonique participe aussi à cette séduction du client, comme j'ai pu le constater lors de mon enquête :

« Après une visite sur le site internet de « Free Universidad Europa »⁵⁷³ (en français) je remplis la demande de renseignements complémentaires (nécessaire pour recevoir le document informatif sur la formation) où il m'est demandé un numéro de téléphone. Je suis rappelé dans l'heure par une « conseillère d'admission » dans un français sans accent. Elle me dit très rapidement que pour cette année les places sont déjà complètes pour le cursus en français mais que, si je parle espagnol, elle peut encore m'inscrire dans une classe espagnole (nous sommes le 24 octobre). Le cas échéant elle peut d'ores et déjà m'inscrire dans les classes françaises de la rentrée prochaine. Elle me vante le cursus intégralement en français la première année, agrémenté de cours d'espagnol « gratuits » pour obtenir un niveau B2 pour la seconde année, qui est, elle en est désolée, indispensable pour les stages dans le pays (un stage sur place est obligatoire). A ma demande, concernant la nationalité des enseignants, elle me répond qu'il s'agit d'un mélange de français et d'espagnols (tous parlant parfaitement français). Au bout de 5 à 10 minutes d'échange je finis par expliquer mon travail et sollicite un entretien auprès de la responsable du cursus. Là, très rapidement, elle me répond qu'elle doit voir ça avec elle,

⁵⁷² De nombreux sites internet informent sur ces possibilités. Parmi ceux-ci <http://etudes-kine-allemande.fr/> semble particulièrement illustratif (accessible le 01/06/20221). Derrière l'URL relativement neutre, il s'agit en réalité d'une promotion discrète mais efficace d'un réseau d'écoles privées. La rubrique « les mots d'allemand à connaître pour étudier la kinésithérapie en Allemagne » est particulièrement représentative de la volonté d'abaisser les obstacles linguistiques.

⁵⁷³ Nom modifié

*mais qu'elle me rappellera sans faute et elle met fin à la conversation*⁵⁷⁴. *Mes relances ultérieures par mail resteront sans réponse (et je ne serai pas rappelé). Les cursus de kinésithérapie à « Free Universidad Europa » coûtent plus de 10 000 euros annuels, ils existent aussi en italien. Des cursus pour français existent aussi en dentaire (de l'ordre de 18 000 euros) et médecine (supérieur à 20 000 euros) »*

Carnet d'observation, 24/10/2018

L'attractivité passe aussi par une image moderne : ces formations commerciales investissent dans des locaux attractifs, neufs, avec des espaces lounges ou de co-working contrastant avec les austères universités françaises :

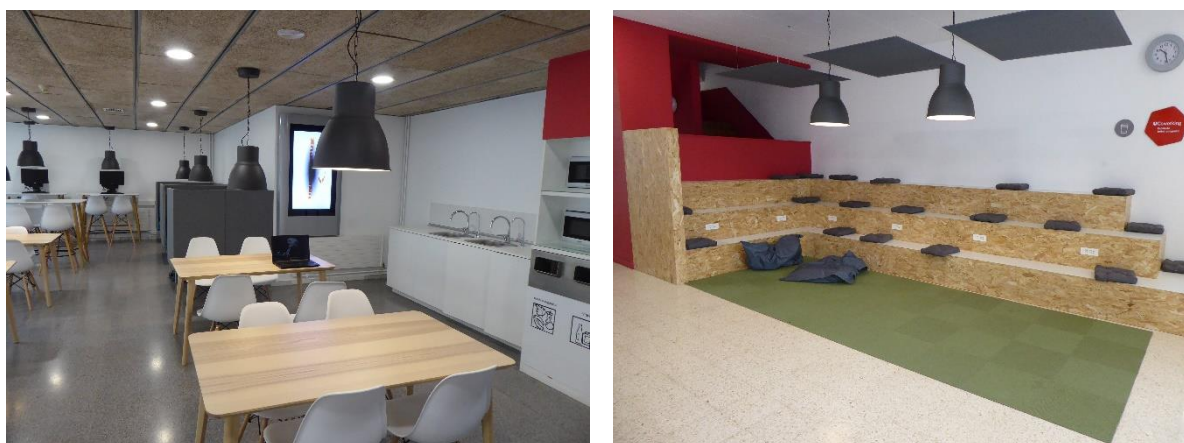


Figure 6 : photos de « salle de travail » et d'« espace co-working » à l'université de « Privada V », université privée catalane qui a bien voulu participer à l'enquête.

Enfin, les dossiers administratifs peuvent être en partie réalisés par l'université elle-même, comme pour le cas d'une université privée espagnole qui recrute sans « Nota de Corte » directement sur dossier et se charge d'obtenir l'équivalence à la « selectividad » (le baccalauréat) qui permet l'inscription dans le supérieur :

«Roxane : [On envoie les dossiers] à l'école [...] En fait ça dépend des écoles, il y a des écoles où on est obligé de faire la démarche nous-même parce qu'en fait on doit former une sorte de dossier qu'on doit envoyer... A « Free Universidad Europa » ou un truc comme ça... Mais moi je sais que c'est mon école qui le faisait, alors que ceux qui sont allés à « Frontera » ou tout ça, c'est eux qui devaient faire leurs dossiers, leurs propres démarches d'envoyer les trucs à Madrid [au Ministère de l'Education en charge des équivalences à la « Nota de Corte »] et tout ça.

Enquêteur : Mais toi tu as eu affaire qu'à ton école

Roxane : Moi j'ai eu affaire qu'à mon école. En fait c'était un « pack d'arrivée », ils appellent ça... Où on payait le fait qu'ils fassent tout ça... Mais bon c'était... Vu que moi j'étais seule à faire les démarches... Je connaissais pas trop... Mes parents ils m'aidaient pas, donc j'ai dit du coup ça c'est bien. »

⁵⁷⁴ Certaines universités ont pratiqué une fermeture totale de terrain, refusant de me répondre. A l'inverse, d'autres ont joué le jeu en acceptant de me recevoir, de participer à l'enquête par questionnaire et de me laisser venir à plusieurs reprises sur le campus. Il s'agit sans doute d'un choix de positionnement devant deux injonctions contradictoires : maîtriser l'image publique, synonyme de séduction de clientèle, ou démontrer de l'attachement à la recherche scientifique, attribut universitaire positif.

Entretien avec Roxane, étudiante originaire du sud de la France, une mère chef d'entreprise (secteur du commerce) et un père profession intermédiaire. Entretien du 19/04/2019.

Les diverses nuances de professionnalisme dans l'organisation de l'activité kinésithérapique en Europe permettent donc des contournements des difficultés propres à chaque système : les étudiants peuvent choisir des filières moins sélectives pour se former à l'activité, et les travailleurs peuvent choisir les lieux d'exercice présentant la plus grande autonomie, le meilleur revenu ou le marché du travail le plus florissant. Ces possibilités n'offrent pourtant pas des chances égales à tous. La connaissance de ces situations différenciées, les maîtrises de langues étrangères, les capacités financières à investir dans la migration, les origines géographiques sont autant de facteurs d'inégalités dans les choix des possibles des étudiants et des travailleurs. Ce n'est donc en rien un processus permettant plus d'égalité sociale dans l'accès aux études de kinésithérapie. Plus encore, dans les failles de ces administrations différenciées des espaces de la santé et de l'enseignement européen, se développent de nombreux commerces, faisant penser à une marchandisation à bas bruit de ces secteurs.

Des flux migratoires de cette importance sont en eux-mêmes antinomiques avec la plupart des définitions sociologiques des professions. Pour Catherine Paradeise⁵⁷⁵ et les tenants des professions comme organisations ayant organisé la clôture de leur marché du travail, cette antinomie est évidente : le maintien d'une clientèle captive d'un petit nombre d'offreurs de services, soigneusement cooptés, vole en éclat par la possibilité d'entrer dans ce marché du travail (à l'échelle nationale) sans que les professionnels installés ne puissent s'y opposer. Cette théorie interactionniste tend à voir le fait professionnel comme une lutte victorieuse pour l'obtention de protection et de légitimité. De fait, ces migrations reviennent à légitimer, dans le pays d'accueil, des professionnels non légitimes, au sens de n'étant pas passés par le tamis (de la formation notamment) servant de légitimation à la profession et à ses privilèges dans le dit-pays. Des résistances peuvent être relevées de la part des kinésithérapeutes français : demandes de stages compensatoires lors des commissions d'autorisation d'exercice, fermetures de certains lieux de stages aux étudiants des universités étrangères, recherches d'évènements indésirables de la part des institutionnels de la corporation pour argumenter de la nécessité de restrictions, proposition de création d'un métier d'auxiliaire (aides-kinésithérapeutes) pour y renvoyer les diplômés étrangers jugés les plus faibles... Mais les marges de manœuvre du groupe professionnel face à l'Etat (plutôt d'accord pour limiter le nombre), et plus encore aux instances européennes (favorables à la libre circulation) sont réduites et échouent jusqu'à présent à juguler le flux.

La profession au sens fonctionnaliste du terme, comme incorporation d'une culture préexistante afin de remplir un rôle social est aussi forcément amoindrie par des migrations massives. En effet, même si les fonctionnalistes ont une vision plus universaliste des professions (ainsi le rôle du médecin comme juge du malade ou du bien portant et légitimateur d'une modification des exigences sociales envers le

⁵⁷⁵ C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.

malade⁵⁷⁶), ces attributs peuvent s'exprimer différemment selon les cadres nationaux⁵⁷⁷. Le symbole le plus évident, bien que d'un effet jugé discutable par Parsons lui-même⁵⁷⁸, est l'auto-contrôle des pratiques déviantes par les pairs à travers les Ordres : ainsi l'afflux de kinésithérapeutes non aculturés aux codes de déontologies nationaux pourraient entraîner un relâchement des pratiques :

« On a énormément de jeunes espagnols qui viennent travailler en France... Beaucoup, beaucoup, beaucoup. Et nous, on se propose de les aider parce que c'est compliqué pour eux, ils ne maîtrisent pas le système de santé, dans la formation initiale qu'il y a, il manque des modules et ils ont pas du tout de module, par exemple, sur le système de santé français, sur la déontologie. Ce qui est normal, nous, dans notre formation, on n'en a pas sur le leur. [...] Après, nous on part d'un constat, c'est que... Ils sont très mal formés sur certains modules. Donc on va pas aller sur les modules techniques, nous, parce que ça c'est de leur responsabilité, mais en revanche, tout ce qui nous concerne, c'est la déontologie, quand je vois qu'on a eu un kiné, qui a fait sur facebook, il s'est proposé des massages naturistes, donc il était nu, et les patients ou patientes étaient nus, ou pas s'ils voulaient, et il pouvait y avoir des prestations tarifés en plus. Donc ça c'est un kinésithérapeute hein... C'était... Enfin, c'est de la prostitution quoi. Et en fait, sa défense, parce qu'on a porté plainte quand même, devant la chambre disciplinaire, c'était de dire « mais moi j'ai été formé en Belgique, je crois, et que je n'étais pas au courant que c'était interdit en France parce que je n'ai pas fait les modules déontologie ». Ce qui était un peu limite, je trouvais, comme défense, mais pourquoi pas. Et mais, au-delà de ça, ils arrivent, ils ne connaissent pas du tout du tout, du tout, notre système, ils ne connaissent pas notre code de déontologie, un contrat ils ne savent pas... »

Entretien avec la présidente de l'Ordre national des kinésithérapeutes français, 17/10/2018.

Bien que l'appel à la déontologie non partagée puisse être lu comme une résistance de la corporation, il est néanmoins envisageable que l'absence de cadre de formation commun et des systèmes de santé très disparates⁵⁷⁹ empêchent l'incorporation des codes professionnels nationaux et des idéologies allant de pair, par exemple la culture commune de la domination dans le cas de la médecine⁵⁸⁰ et l'incorporation d'une place plus ou moins dominée, selon le pays, pour la kinésithérapie. Ainsi des injonctions au désintéressement (« *The "profit motive" is supposed to be drastically excluded from the medical world* » disait Parsons) peuvent être plus ou moins mises en valeur selon l'organisation du travail apprise et côtoyée en formation, dans un cadre mutualiste ou commercial, salarié ou libéral. Le degré variable

⁵⁷⁶ T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

⁵⁷⁷ Les cultures différentes des soignants selon le lieu de formation font échos aux analyses sur les difficultés d'adaptation des soignants aux patients issus de cultures diverses. Audrey HEINE, Laurent LICATA et Assaad AZZI, « Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé », in *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck Supérieur, 2013, p. 131-152.

⁵⁷⁸ « *Perhaps the most conspicuous fact is that even their own professional associations do not play a really important part in the control of medical practice and its potential abuses through formal channels. It is true that medical associations do have committees on ethics and disciplinary procedures. But it is exceedingly rare for cases to be brought into that formal disciplinary procedure. Thus the well-known reluctance of physicians to testify against other physicians in cases of malpractice, in the courts, has its parallel in the reluctance of physicians to resort to the formal disciplinary procedures of their own associations, which do not involve "washing their dirty linen" before laymen.* » T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

⁵⁷⁹ P. HASSENTEUFEL, S. DELAYE, F. PIERRU, M. ROBELET et M. SERRE, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens », art. cit.

⁵⁸⁰ Emmanuelle GODEAU, « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations*, 28-2, 2009, p. 13 ; Emmanuelle GODEAU, « Des carabins, des garçons et des macchabées : interactions et constructions culturelles autour des cadavres dans les leçons d'anatomie », in *Les soignants et la mort*, Eres., Toulouse, 2013, p. 75-89.

d'adhésion aux idéologies professionnelles rend alors plus faible la cohésion fonctionnelle de la profession.

A l'inverse, ces migrations peuvent contribuer à améliorer la bonne couverture des missions dans le cas d'une trop grande restriction d'accès au titre : au lieu de voir des corporations concurrentes proposer leurs services, la corporation s'appuie sur des pairs issus d'autres pays. Elles diminuent de même la trop grande concurrence interne dans les pays d'émigration.

Le système des professions s'appuie sur des équilibres patiemment construits avec l'Etat⁵⁸¹, aussi bien concernant le marché de la formation que le marché du travail. Même si des effets positifs sont envisageables, les flux migratoires remettent en cause les compromis institutionnels en vigueur. Plus encore, ces flux sont dérégulés, c'est-à-dire qu'ils existent en fonction d'une loi du marché et sont soumis à des phénomènes imprévisibles et incontrôlables. Or, quant à ses titres, compétences, marchés du travail et contrôles des impétrants, c'est-à-dire tout ce qui sépare le groupe professionnel du profane, l'organisation professionnelle du travail⁵⁸² nécessite une régulation négociée avec l'Etat. Dans ce cadre, ces migrations signent une perte de régulation qui ne peut qu'inquiéter le groupe cherchant à se construire comme profession. En suivant Davide Calenda et Andrea Bellini⁵⁸³, les migrations constituent ainsi des puissants déstabilisateurs des professions, via les différenciations qu'elles entraînent entre les groupes professionnels et, au sein de ceux-ci, par l'augmentation de l'hétérogénéité des acteurs.

Conclusion du chapitre 1

Le métier de kinésithérapeute français s'est construit par distinction progressive de la médecine. Il a été codifié par des médecins mais, devant l'aspect trop profane des pratiques, a progressivement été confié à des aides. Pour autant, alors qu'au milieu du XXème siècle le sport prend une importance lui permettant de s'organiser indépendamment de la médecine, la kinésithérapie, de par son objet de soin des malades, reste ancrée dans le champ médical. Malgré sa position dominée, ce groupe se distingue des infirmières par une pratique libérale majoritaire, hors du regard médical, et par un domaine du soin spécialisé : la thérapeutique des troubles moteurs. Or ce domaine est délaissé par les médecins qui se concentrent sur les segments les plus valorisés du soin : le diagnostic (et son incertitude inhérente) et les thérapeutiques les plus dangereuses (la chirurgie notamment). C'est ce qui explique que la kinésithérapie montre des signes d'autonomisation, bien qu'elle reste, dans le même temps, fortement liée à la tutelle

⁵⁸¹ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁵⁸² Au sens d'Eliot Freidson, c'est-à-dire comme organisation distincte du marché et de la bureaucratie. E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

⁵⁸³ Davide CALENDI et Andrea BELLINI, « The Challenging Integration Paths of Migrant Health Professionals: The Case of Filipino and Indian Nurses in the UK », *Professions and Professionalism*, 11-1, 2021.

médicale, ce qui lui procure une position favorable dans les relations de concurrence avec les autres acteurs de la rééducation (les ostéopathes notamment). De nos jours donc, malgré la hiérarchisation extrême propre à l'organisation des corporations de la santé, les kinésithérapeutes arrivent à se ménager des marges d'autonomie, que cela soit par la spécialisation (c'est-à-dire rééquilibrer -incomplètement- l'équilibre médecin-kinésithérapeute vers une relation de spécialiste à spécialiste), le rapprochement d'autres espaces (le sport, le bien-être...) ou la migration dans des contextes nationaux jugés plus favorables, c'est-à-dire plus professionnels⁵⁸⁴. Ces migrations sont majorées, dans l'espace européen, par les dérégulations européennes quant aux protections nationales sur les corporations. Pour les professions déjà constituées, les disparités de statuts écologiques au sein de leurs espaces nationaux sont faibles : les médecins restent dominants de l'espace de la santé et occupent une position sociale favorisée dans tous les pays de l'UE, expliquant le faible nombre de diplômés européens en France. Mais, pour les groupes incomplètement professionnalisés, des disparités nationales existent, avec des statuts variables au sein des écologies nationales de la santé. La Grande Bretagne a une corporation des kinésithérapeutes installée, dotée de nombreux attributs professionnels (structures universitaires, contrôle du nombre, marché du travail florissant). La France ou la Belgique ont des nuances de professionnalisme moindres (universitarisation récente ou marché du travail incomplètement protégé). Enfin des pays comme l'Allemagne, l'Espagne ou le Portugal connaissent des situations de kinésithérapeutes éloignés de l'organisation professionnelle (formation courte et pratique en Allemagne, organisation du travail proche de la logique commerçante dans la péninsule ibérique). Dans cet espace européen, des flux migratoires peuvent se mettre en place, permettant à certains travailleurs d'améliorer leur position sociale, à l'aune de ces nuances de professionnalisme. C'est ce qui explique un taux de kinésithérapeutes étrangers de 12,3% en France. Ces disparités européennes ne s'arrêtent pas aux situations des travailleurs déjà diplômés. Elles portent aussi sur l'accession au titre professionnel, c'est-à-dire à la sélectivité de la formation. Des flux apparaissent alors et permettent aux citoyens de certains pays, où l'activité a acquis un certain contrôle du nombre, de se former dans des pays à contrôle plus faible sur la formation (et son corollaire de professionnalisation). Ces étudiants y vont pour obtenir un titre qui leur permettra d'exercer en retour dans leur pays d'origine. Si contrôle du nombre et professionnalisation ne sont pas automatiquement liés (la Belgique a un faible contrôle du nombre d'impétrants mais une filière de recherche en kinésithérapie ancienne, attribut professionnel valorisé), cela reste une caractéristique importante dans la construction du groupe professionnel⁵⁸⁵ : il faut réserver le savoir aux professionnels pour les différencier des profanes.

Face aux migrations, si les kinésithérapeutes en appellent à des dispositifs régulateurs, ils reconnaissent dans le même temps ces diplômés étrangers comme des pairs. Se pose alors la question de ce qui fait cohésion dans ce groupe professionnel, rendant indispensable l'analyse du contenu de l'activité dans le

⁵⁸⁴ Andrew Abbott rappelle l'importance de cette délimitation juridique nationale pour les professions. A. D. ABBOTT, *The system of professions, op. cit.*, p. 61.

⁵⁸⁵ C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.

prochain chapitre. C'est en effet autour de valeurs communes quant au travail à réaliser auprès des patients que se forge l'identité des kinésithérapeutes. Et l'acceptation des diplômés européens au sein du groupe professionnel français est bien le signe d'une communauté de pratique différente des autres professions de santé.

L'hétérogénéité des situations nationales montre que les protections dont disposent les kinésithérapeutes peuvent varier selon les pays, malgré des missions similaires. En cela, les groupes professionnels intermédiaires sont plus fragiles que les professions établies, où mandats et licences, mais aussi positions sociales, se rejoignent, favorisant la pratique prudentielle analysée par Florent Champy⁵⁸⁶. Pourtant, la mission partagée autour des troubles moteurs laisse à penser qu'il existe une culture commune, dépassant l'hétérogénéité de mandat :

« La culture professionnelle [...] s'impose à tous les architectes, au moins en France et aux États-Unis : il serait hasardeux d'espérer surmonter les nombreuses difficultés posées par un projet d'architecture sans s'aider de ce que les architectes savent de l'ordre dans lequel les résoudre, de l'aide que divers types de dessins peuvent procurer aux différents stades de la conception, de solutions éprouvées lors d'opérations antérieures, etc. Mais tous les architectes n'abordent pas pour autant une même situation de conception de la même façon, la culture ne donnant pas de protocoles directement applicables, mais seulement des outils à mettre en œuvre réflexivement »⁵⁸⁷.

A l'image de la situation chez les architectes, il est imaginable que les kinésithérapeutes partagent une façon d'analyser, puis de traiter les problèmes moteurs qui leur sont confiés. Afin de « chasser » cette culture kinésithérapique l'analyse doit donc quitter l'organisation de la profession pour s'attacher à décrire la réalité du travail.

⁵⁸⁶ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

⁵⁸⁷ Florent CHAMPY, « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris, Presses universitaires de France, 2011 », *SociologieS, grands résumés*, , 2012, p. 12.

Chapitre 2 : Le travail du kinésithérapeute, une pratique prudentielle dévaluée

Introduction au chapitre 2

Afin de comprendre le travail du kinésithérapeute et l'action unificatrice qu'il peut apporter au groupe professionnel, deux situations d'exercices différents sont mobilisées. D'une part, la situation d'exercice salarié en milieu hospitalo-universitaire permet de documenter le travail dans le lieu où s'exerce de façon la plus évidente la domination médicale⁵⁸⁸. D'autre part, la situation d'exercice libéral permet de documenter le travail à l'abri du regard des médecins. Si le lien à la profession médicale est un facteur de différenciation des deux terrains, à l'inverse ils sont tous deux centrés sur une pratique ayant pu dégager une marge d'autonomie : la pédiatrie⁵⁸⁹. Ce choix d'unité disciplinaire autour de la pédiatrie améliore la lisibilité de la variable condition de travail (salarial versus libéral) quant aux phénomènes observés. Il permet, ainsi que proposé au chapitre 1, une description d'un travail clairement ancré dans le champ médical, mais dans une spécialité laissant des espaces d'autonomie à ces auxiliaires.

L'analyse du travail se fera dans le cadre théorique proposé par la sociologie des professions, marquée par de nombreux courants. Ainsi le fonctionnalisme du milieu du XXème siècle⁵⁹⁰ a-t-il été supplanté par un interactionnisme critique à partir des années 1960⁵⁹¹. Puis, à la fin du XXème siècle, concomitamment aux montées des tensions sur le travail professionnel, causées par les politiques de rationalisation budgétaire⁵⁹², des travaux ont remis en avant les propriétés particulières des professions⁵⁹³. Eliot Freidson a ainsi, sur la fin de sa carrière, repensé les professions comme systèmes d'organisation du travail distinctes des organisations bureaucratiques ou marchandes⁵⁹⁴. Les professionnels doivent assurer des services particuliers aux clients (peu évaluables directement par ceux-

⁵⁸⁸ Le travail salarié peut être subdivisé en milieu hospitalier public, privé, centres médicaux-sociaux, voire thermes, mais, parmi ceux-ci, c'est bien l'hôpital qui semble être l'employeur majoritaire. Nicolas PINSAULT, « Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-218, 2020, p. 3-7.

⁵⁸⁹ La relation avec un médecin spécialisé sur une classe d'âge a permis de diminuer la domination médicale existante avec les tutelles plus au fait du travail du kinésithérapeute (chirurgiens ou MPR notamment). Le kinésithérapeute peut proposer une forme d'expertise sur les problématiques motrices de l'enfant.

⁵⁹⁰ T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

⁵⁹¹ Howard Saul BECKER, *Boys in white: student culture in medical school*, New Brunswick, N.J, Transaction Books, 1977.

⁵⁹² Pierre-André JUVEN, *Une santé qui compte? les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, 1re édition., Paris, Puf, 2016 ; Mihai Dinu GHEORGHIU et Frédéric MOATTY, *L'hôpital en mouvement changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison; Noisy-le-Grand, Éd. Liaisons ; Centre d'études de l'emploi, 2013.

⁵⁹³ Frédéric PIERRU, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 82, 2013, p. 67-82 ; Florent CHAMPY et Marc Olivier DEPLAUDE, « Comment parler des professions? », *www.laviedesidees.fr*, 2015.

⁵⁹⁴ E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*

ci, à l'inverse de ce qui prévaut dans la logique marchande), nécessitant une formation longue, scientifique et pratique, ainsi qu'une organisation du travail permettant une grande liberté de délibération (se différenciant là de la logique bureaucratique). Florent Champy, dans le même esprit, a proposé une nouvelle théorie sociologique des professions à partir de l'analyse des particularités du contenu de l'activité : le fait professionnel est analysé dans sa composante prudentielle, c'est-à-dire nécessitant une délibération entre des savoirs théoriques et des savoir-faire pratiques⁵⁹⁵.

Ces théories donnent des clés pour analyser le travail soignant des kinésithérapeutes : dominés dans le champ médical, ils présentent pourtant des attributs (protection du titre, institutions ordinales, formations plutôt longues) qui les inscrivent dans une logique de professionnalisation. L'aspect cas limite du statut professionnel permet de faire travailler les théories des professions : d'un côté le contexte de domination médicale ou le statut administratif d'auxiliaire contraignent leur autonomie, d'un autre côté le travail quotidien présente des écarts, parfois importants, avec le travail prescrit, légalement organisé. L'analyse se fera prioritairement à la lumière de la proposition de Florent Champy de pratique prudentielle, avec des références à Andrew Abbott⁵⁹⁶, notamment liées à l'inférence comme moyen pour un nouveau groupe professionnel de s'imposer sur une nouvelle mission. Malgré leur statut professionnel incomplet, les kinésithérapeutes peuvent mobiliser des approches prudentielles pour réaliser leur travail. Ces pratiques trouvent leurs origines dans les espaces laissés vacants par la médecine, notamment sur les pratiques de traitement, confiées à des auxiliaires sans supervision directe. A l'hôpital, le contexte de travail majore les contraintes interprofessionnelles et leurs effets sur les possibilités d'exercice. L'analyse du travail dans ce milieu montrera que le partage des tâches est d'abord dû au manque d'intérêt médical pour ces soins, qu'il sera possible de relier à leur temporalité longue, aussi bien du côté des troubles et des évolutions que du côté des soins proposés. Les médecins ont tendance à privilégier les soins épargnant leur temps, avec des répercussions visibles rapidement, ce qui les conduit à déléguer aux kinésithérapeutes les soins répétitifs avec des effets de long terme. Quand des soins sont confiés aux kinésithérapeutes, ceux-ci peuvent proposer en retour un diagnostic propre ainsi que des inférences thérapeutiques susceptibles d'améliorer le pronostic. Ce diagnostic est basé sur un savoir dérivé de la médecine et un savoir-faire plus autonome mais qui ne se construit qu'avec l'accord tacite des médecins. Il sera toutefois proposé que ce déplacement dans la division du travail, vers une position diagnostique plus valorisée au sein du champ médical, puisse être compromis par les politiques hospitalières. Si le tournant néo-managérial de la gestion hospitalière a affaibli la profession dominante⁵⁹⁷, il a de la même façon des implications importantes sur les velléités d'autonomisation des groupes professionnels dominés.

⁵⁹⁵ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

⁵⁹⁶ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁵⁹⁷ Geneviève ZOÏA et Laurent VISIER, « Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ? : Professionnalisation/déprofessionnalisation », *Recherche & formation*, 72, 2013, p. 41-56.

La pratique libérale se fait plus à distance de la médecine. Pour autant, la relation au client se fait toujours par son intermédiaire, via la prescription. C'est, dans un premier temps, l'analyse de la croissance de l'activité qui permettra de proposer une évolution de la relation kinésithérapeute-médecin dans un cadre de médicalisation de la société. Dans un second temps, le diagnostic, marqueur important de la position dans la division du travail en santé, sera étudié par l'analyse des écrits, des paroles et des temporalités de l'examen du kinésithérapeute. Ces thématiques permettront de montrer la réalité d'une pratique prudentielle, mais aussi sa dévaluation par rapport à la pratique médicale. Dans un dernier temps, l'étude de la situation de traitement d'un patient permettra d'analyser les parts de savoirs et savoir-faire en jeu mais aussi l'importance du discours du praticien. Tous ces éléments d'un travail libéral permettront de conclure à une forme de professionnalisation du travail réel des kinésithérapeutes, tout en relevant sa plus grande accessibilité au profane que le travail médical.

Section 1 : le travail hospitalier ou la dépendance au contexte médical

Le milieu hospitalier est un espace de travail polymorphe pour les kinésithérapeutes. D'un côté, ils y sont soumis au pouvoir médical, ce qui peut parfois les ramener à leur position d'auxiliaire. Ce cadre de travail leur impose de mener des négociations régulières avec la profession dominante s'ils veulent acquérir une place plus privilégiée dans la division du travail. D'un autre côté, l'hôpital leur permet de travailler à proximité immédiate du cœur du savoir médical et de profiter de son rayonnement. En ce sens, il leur permet de tester et adopter les meilleures innovations thérapeutiques. Si cette ambivalence est sans doute ancienne, une autre forme de domination se fait aujourd'hui plus présente, contribuant sans doute à une fuite du milieu hospitalier⁵⁹⁸, sous la forme de l'augmentation du contrôle néo-managérial sur les agents⁵⁹⁹. C'est dans cet espace aux contraintes et opportunités multiples que sera montré l'émergence d'un contenu du travail à nuances prudentielles rapprochant les kinésithérapeutes du modèle professionnel.

a) Le travail du kinésithérapeute pédiatrique est contraint par la logique du champ médical

Le travail des kinésithérapeutes hospitaliers peut se montrer différent selon les structures. Appuyé sur le cas de la néonatalogie, il sera argumenté que les kinésithérapeutes occupent des positions allant de l'auxiliaire appliquant la prescription à celle d'un professionnel de fait, proposant ses diagnostics propres et autonome dans le choix de ses traitements. Cette variation est d'abord due au positionnement des médecins présents : si des médecins investissent les diagnostics de problèmes moteurs, le

⁵⁹⁸ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

⁵⁹⁹ P. BEZES et C. MUSSELIN, « Le New Public Management. Entre rationalisation et marchandisation », art. cit.

kinésithérapeute est confiné dans un rôle d'exécutant thérapeutique. Si, à l'inverse, les médecins se désintéressent de ces problématiques, que cela soit pour réserver leur temps à des problèmes plus valorisés ou par doutes sur la légitimité de ces soins, le kinésithérapeute a alors la possibilité d'investir un travail diagnostique plus valorisé et choisir de façon autonome ses traitements.

Présentation des cas empiriques

Pour dresser un portrait du travail de kinésithérapeute hospitalier, je m'appuierai sur la description de deux services de néonatalogie de deux CHU de province, auxquels j'ai consacré une dizaine de séquences d'observations⁶⁰⁰ sur trois mois entre décembre 2017 et février 2018, suivi d'un bref retour sur terrain en octobre 2020 (via des entretiens avec des médecins et une visite de quelques heures pour l'un et un entretien avec la kinésithérapeute pour l'autre). L'accès au terrain a été facilité par mon intégration au sein du réseau de soin de périnatalité régional. Ma connaissance des coordinateurs - médecins- du réseau, travaillant par ailleurs dans ces deux CHU m'a permis une inclusion avec des formalités réduites auprès des deux chefs de service des CHU A et B (accords par mails).

Une brève « carrière » hospitalière, comme stagiaire durant mes études de kinésithérapeute au sein du CHU B, et comme salarié quelques mois au sein du CHU A, m'avait laissé des blouses floquées à mon nom. Celles-ci ont donc été réutilisées : l'intérêt était d'abord de respecter les règles d'hygiène locales. Cependant d'autres vêtements auraient pu être utilisés. Ce choix s'est fait dans le but de limiter le paradoxe de l'observateur : d'un côté, ces services sont resserrés autour de quelques « salles de contrôle » où se côtoient les personnels qui se connaissent et y échangent régulièrement sur les bébés. Aussi la tenue hospitalière ne pouvait duper personne : j'étais étranger à ceux-ci. L'explication a été donnée à chacun que ma présence était en lien avec une recherche académique et que dans le même temps j'étais kinésithérapeute pédiatrique en ville. D'un autre côté, le fait d'être « du milieu », en blanc, avec des blouses montrant que j'avais, à un moment ou un autre, travaillé dans la structure, était de nature à rassurer mes interlocuteurs sur ma capacité à comprendre leurs problématiques⁶⁰¹. Du côté des parents, si le fait d'apparaître en blanc aurait pu en duper certains, j'ai systématiquement expliqué mon

⁶⁰⁰ Ces séquences ont consisté en une arrivée dans le service, présentation auprès des médecins ayant accordé leur autorisation, mise en tenue (blouse) et présentation au reste de l'équipe présent dans les « salles de contrôle ». Ces derniers lieux sont les centres névralgiques des services. Dans les deux CHU enquêtés, il s'agissait d'espaces semi ouverts, avec les ordinateurs et les dossiers, où se retrouvaient les personnels soignants non directement occupés à des tâches sur des enfants. Ils y prenaient des notes sur les actes réalisés ou à venir, réfléchissaient et échangeaient sur les enfants, tout en étant parfois sollicités par les parents pour des questions diverses. Une fois cette insertion dans les murs effectuée, mes journées ont été consacrées au suivi du travail relativement libre. J'ai ainsi sollicité des infirmières, aides-soignantes, médecins ou kinésithérapeutes pour les suivre (sur un temps allant d'un acte précis à une demi-journée). Parfois je me suis à l'inverse positionné dans différents lieux du service (près des couveuses des bébés, dans les couloirs ou la « salle de contrôle ») pour avoir une vision des successions d'interactions qui s'y déroulaient. Le fil conducteur a été la mise à jour des actes concrètement réalisés au quotidien afin de prendre en note (sur le moment ou à postériori) de manière très descriptive les situations.

⁶⁰¹ La blouse blanche est ici une convention, au même titre que le nez rouge du clown. Plus que de se dissimuler comme chercheur, elle permet d'affirmer une connivence avec le milieu enquêté. Claire BODELET, « Embarquer avec les clowns à l'hôpital », *Communications*, 102-1, 2018, p. 111.

double positionnement de kinésithérapeute extérieur au service et y réalisant un travail de recherche, tout en n'hésitant pas à discuter kinésithérapie de l'enfant si le sujet s'imposait⁶⁰². Il est à noter aussi qu'un minimum de connaissances procédurales (lavage des mains, lieux nécessitant le port de surblouses...), issues de mes expériences indigènes de la réanimation (stages durant mes études, gardes durant mon temps d'exercice hospitalier), a été utile à mon introduction sur les lieux.

A l'inverse, cette introduction comme indigène a présenté quelques inconvénients. Identifié avant tout comme kinésithérapeute, j'ai bénéficié d'une grande bienveillance de la part des puéricultrices, souvent curieuses de mes notes et de mon intérêt pour leur travail. Concernant les médecins, leur réaction est allée du désintérêt poli à la curiosité pour mes recherches, sans toutefois de réelles tentatives d'interventions sur celles-ci (ce que j'ai interprété comme une prudence vis-à-vis de méthodologies de recherche « exotiques »). C'est avec Mme A, une psychomotricienne exerçant dans le service du CHU A (il n'y en a pas dans le CHU B) que ce statut de kinésithérapeute a conduit à une fermeture de terrain : une relation de concurrence s'était établie avec Elodie, la kinésithérapeute, et mon rattachement à la kinésithérapie a semblé limiter sa participation à la recherche. Elle a toutefois agréé à un entretien, mené sur la défensive.

L'organisation des CHU suit le découpage médical : des services pour chaque fonction ou spécialité médicale. Structurellement, la prégnance du pouvoir médical saute donc immédiatement aux yeux. Dans ce système, les infirmières, personnels majoritaires, mais aussi les kinésithérapeutes se retrouvent mis à disposition des médecins de spécialité dans leurs domaines respectifs. Un service est donc un espace parfaitement hiérarchisé avec un médecin chef de service spécialiste du domaine entouré de quelques praticiens hospitaliers (sorte de deuxième cercle pour reprendre la terminologie d'Anne Paillet⁶⁰³) qui dominent des paramédicaux soumis à des tutelles doubles (ils sont soumis hiérarchiquement à leurs cadres de santé tout en étant contraint dans leur travail par les demandes des médecins). Un service de CHU a un rayonnement régional, en s'imposant comme référence pour tous les travailleurs de santé ayant à négocier avec ladite spécialité, dans le secteur de dépendance à ce CHU⁶⁰⁴. Il s'agit là d'un effet toujours actif des réformes Debré de 1958⁶⁰⁵, instituant les CHU comme têtes de proue de la médecine française. A leurs côtés, existent des Centres hospitaliers locaux, publics à l'instar des CHU, mais ayant

⁶⁰² Il s'agit en quelques sortes d'une voie médiane entre l'enquête à découvert ou l'enquête incognito dont Anne Marie Arborio souligne les conséquences bien distinctes. Cette voie a été rendue possible par l'appartenance au groupe des kinésithérapeutes. Même en cas d'annonce de l'objet académique de ma présence, le statut de kinésithérapeute pédiatrique de la même zone géographique (voir ayant parfois eu des patients en commun) a semblé prendre le pas sur la situation d'enquêteur en sciences sociales. La connaissance intime du milieu qui m'était attribuée a, en partie, conduit à limiter les tentatives de « travestir la réalité » : je n'ai, par exemple, eu que de très rares explications quant aux actes ou procédures, comme si mes interlocuteurs me considéraient comme les maîtrisant. Anne-Marie ARBORIO, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, N° 90-3, 2007, p. 26.

⁶⁰³ A. PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort, op. cit.*

⁶⁰⁴ Administrativement, les Groupements Hospitaliers de Territoires valident cette hiérarchie.

⁶⁰⁵ P. PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? », art. cit.

une vocation de proximité plus que de soins de pointe et de centres de recherche. Co-existent aussi des cliniques privées, à statuts variables, longtemps cantonnées dans des soins eux-aussi d'appoints aux CHU. C'est au sein de ces deux entités, plutôt dominées, qu'on trouve les centres de rééducation (centres SSR, Soins de Suites et Réadaptation, de leur nom actuel), bien que de très gros services de rééducation, dotés d'une certaine autonomie, se retrouvent au sein de certaines structures CHU (exemple du SSR du Grau du Roi, affilié au CHU de Nîmes, ou, plus inclus encore, le CHU Poincaré à Garches dont le cœur d'activité est la rééducation des handicaps lourds, notamment neurologiques, au sein de l'AP-HP). Malgré la domination que subissent les rééducateurs au sein de la médecine, il est à noter, à l'instar de la psychiatrie, le poids important des SSR. Ils représentent 25% des lits hospitaliers français, soit plus de 100 000 lits en 2018 (part des lits hospitaliers majorée au tournant 2010 par la transformation des lits de long séjour hospitalier en EHPAD -Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes- et sortant donc du décompte).

Le choix du service de néonatalogie peut poser question pour un travail sur les kinésithérapeutes. En effet, tourné vers le soin immédiat, le maintien de la vie, sa raison d'être semble assez éloignée des sujets de prédilection des kinésithérapeutes, proche d'une troisième médecine⁶⁰⁶ « réhabilitative », intervenant en post soins aigus. D'ailleurs, dans l'ouvrage d'Anne Paillet sur les services de néonatalogie, les kinésithérapeutes sont absents, cités une seule fois comme aperçus « *en train de pratiquer un massage sur un patient* »⁶⁰⁷. Cette absence des terrains d'Anne Paillet au tournant des années 2000⁶⁰⁸ accredit alors la thèse d'une implication récente des kinésithérapeutes auprès de ces populations de nouveau-nés fragiles. Ce n'est d'ailleurs qu'avec le décret de 2006⁶⁰⁹ que leur présence est devenue obligatoire en sus des médecins et infirmières (le plus souvent spécialisées et sans doute encore plus féminisées, je les nommerai ici parfois puéricultrices) : « *Toute unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation.* » Il est à noter que si médecins et puéricultrices sont attribués aux services, les kinésithérapeutes doivent « *pouvoir y intervenir en permanence* »⁶¹⁰ sans intégration formelle obligatoire, ce qui ouvre la voie à des interprétations diverses selon les services et les hôpitaux. Or les deux cas de figures, être en poste dans ces services ou y intervenir à titre plus ou moins temporaire, n'ont pas les mêmes conséquences pour

⁶⁰⁶ André GRIMALDI, Yvanie CAILLE et Frédéric PIERRU, *Les maladies chroniques: vers la 3e médecine*, 2017.

⁶⁰⁷ A. PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit, p. 26.

⁶⁰⁸ Qu'elle m'a confirmé par échange mail en janvier 2021.

⁶⁰⁹ Xavier BERTRAND, « Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique ».

⁶¹⁰ Cet impératif légal est laissé à la libre appréciation de chaque structure. Il ne semble pas que des services aillent jusqu'à une présence d'un kinésithérapeute *permanente* (y compris la nuit) à l'instar des médecins ou infirmières. Cependant, certains y lisent la nécessité d'avoir un kinésithérapeute attaché (*en permanence*) au service, dont y consacrant l'essentiel de son temps de travail tandis que d'autres préfèrent l'interpréter comme la nécessité de pouvoir faire appel à des kinésithérapeutes présents dans l'hôpital en cas de besoin (s'il n'y a pas de kinésithérapeutes dans le service, il y en a *en permanence* à disposition).

les personnels. Ce second cas augmente la distance entre les médecins et les kinésithérapeutes : à la domination sociale et symbolique, les médecins peuvent ajouter alors une meilleure connaissance empirique dans ce domaine de soin, par rapport à des kinésithérapeutes amenés à changer régulièrement de services. A l'inverse, cela peut donner aux kinésithérapeutes de plus grandes libertés dans leurs choix de travail et leur permettre d'éviter des services jugés déplaisants. En rappel de l'absence de monopole des kinésithérapeutes sur les troubles de la motricité, le même texte de loi précise, bien qu'avec une impériosité moindre, que les services doivent pouvoir « *avoir recours* » à « *un orthophoniste* » ou encore à « *un psychomotricien* ». Ces prescriptions légales multiples accréditent une augmentation de l'importance, au moins pour le législateur, des suites rééducatives de ces nouveau-nés au sein d'une structure initialement pensée pour améliorer les taux de survie.

Le CHU A, une kinésithérapeute qui se positionne comme spécialiste des troubles moteurs

Dans les deux CHU investigués, les positions des kinésithérapeutes sont différentes. C'est au sein du CHU A que la position de la kinésithérapie se rapproche le plus de l'idéal-type professionnel, avec un accès au patient autonome des médecins, un travail diagnostique institutionnalisé et un choix relativement libre des thérapeutiques. Pourtant, ces éléments dépendent de négociations constantes avec les autres acteurs du service.

Au sein du CHU A, la kinésithérapeute intervenant en néonatalogie, Elodie, est une française formée à Paris. Revenue dans sa ville d'origine après ses études, elle travaille dans le service depuis 10 ans. Elle est issue de la classe moyenne supérieure, avec un père vétérinaire et une mère au foyer, qui s'est consacrée à l'éducation de ses enfants, et un grand frère ingénieur (Ponts et Chaussées Paris). Elle a validé un bac S mention « Assez Bien » et s'est dirigée vers la kinésithérapie plutôt comme second choix par rapport à la médecine, cursus jugé trop long et incertain. Son mari est gérant d'une entreprise de nettoyage automobile et ils ont un fils de 5 ans au moment de l'entretien. La place de fonctionnaire hospitalier peut être comprise, à ce prisme, comme une source de revenus complémentaires stables avec un emploi du temps de 28 heures (elle est à temps partiel) compatible avec l'organisation du foyer.

Dans ce CHU, les kinésithérapeutes font partie hiérarchiquement d'un service de rééducation fonctionnelle (avec plusieurs cadres kinésithérapeutes et un cadre supérieur kinésithérapeute) et ils sont ensuite soit « *dispatchés* » dans tous les services hospitaliers, soit présents sur un des « *plateaux techniques* » du service de rééducation où ils prennent en charge des patients hospitalisés pour leurs besoins de rééducation. Il y a donc une partition : dans un cas les kinésithérapeutes pratiquent des soins rééducatifs pour des patients hospitalisés pour un problème « *autre* ». Dans ce cas, ils travaillent en « *service* », c'est-à-dire se déplacent dans les chambres des patients et se décrivent souvent comme la « *cinquième roue du carrosse* ». Leurs soins s'intercalent alors entre les visites des médecins et les soins « *vitaux* » ou « *de toilette* » des infirmières. Dans l'autre cas, les patients sont là d'abord pour un

problème rééducatif et l'environnement médical peut être moins présent et impératif. Les kinésithérapeutes se sentent alors au cœur du projet de soin, ce qui ne les empêche pas de dénoncer dans le même temps la distance des médecins ou la difficulté à obtenir des informations sur les patients. En dehors des médecins, le reste du personnel s'adapte aux impératifs de rééducation : les toilettes infirmières sont faites hors des créneaux de plateau technique et les brancardiers amènent les patients aux horaires demandés.

Elodie travaille donc en « service » de néonatalogie. Elle dispose d'un local qu'elle partage avec les sept autres kinésithérapeutes dispatchés dans les autres services du pôle mère-enfant du CHU⁶¹¹. Ce local sert à la fois de bureau (deux ordinateurs sont à disposition), de bibliothèque (quelques ouvrages et revues sont répartis sur des tables et une étagère), de vestiaire et de lieu de convivialité (machine à café et micro-onde). Il est à distance de son service de néonatalogie. Bien que dans le même bâtiment, il est situé au sous-sol du CHU, sous les services de maternité et pédiatrie (comprenant, donc, la néonatalogie), dans un environnement dédié aux services techniques : nous croisons systématiquement des chariots électriques transportant du linge. En dehors des personnels de la lingerie, qui sont en blanc, les autres travailleurs croisés sont en bleu, couleur de travail attribuée à la classe ouvrière de l'hôpital⁶¹². Symboliquement, ce positionnement géographique donne un sentiment de déclassement des kinésithérapeutes ainsi relégués, objectivé pour ces travailleurs par la remarque mi-plaisanterie, mi-gênée d'Elodie : « *ils avaient pas de place ailleurs...* » C'est-à-dire que les services « de soin » sont déjà occupés par des personnels plus importants (les médecins ont leurs bureaux) ou par les patients. Si certains personnels n'ont pas de bureaux propres (les puéricultrices, les auxiliaires de puéricultures), les kinésithérapeutes sont dans cet entre-deux : l'administration reconnaît qu'ils ont besoin d'un bureau, mais pas dans les services de soin.

Le service de néonatalogie est composé de 13 lits de réanimation néonatalogique, 18 lits de soins intensifs, 31 lits de pédiatrie néonatalogique, 8 chambres mères enfants, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) et un lit de chirurgie pédiatrique d'urgence. Elodie y partage la « mission » rééducative avec une psychomotricienne, Mme A. Les relations entre les deux sont tendues : cette dernière a été embauchée directement sur volonté du chef de service de néonatalogie, créant une certaine indépendance vis-à-vis des autres personnels rééducateurs (ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes) de la rééducation fonctionnelle ; et la collaboration avec Elodie est inexistante (« *on travaille en parallèle* » selon Elodie). A l'inverse d'Elodie, Mme A ne semble ne pas avoir été intégrée à « l'équipe » de néonatalogie. De fait, elle travaille en périphérie du service lui-même : elle me dit « *ne pas y aller* », les enfants étant « *médicalisés* » et plutôt s'occuper de donner des conseils aux parents en sortie, lors de

⁶¹¹ Ils ne vont pas en néonatalogie, sauf pour la remplacer en cas d'absence. Les autres services de pédiatrie ou de maternité de ce CHU n'ont pas été enquêtés.

⁶¹² Anne MONJARET, « Du bleu de chauffe au jean: Les jeux de l'apparence des « ouvriers » à l'hôpital, entre traditions corporatistes et normes institutionnelles renouvelées », *Sociologie et sociétés*, 43-1, 2011, p. 99.

leur passage en « HAD »⁶¹³. Cette préparation de l'HAD se fait géographiquement à la limite du service de néonatalogie, dans un espace dont il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un salon destiné à recevoir les parents ou d'un bureau partagé par plusieurs personnes (plusieurs tables et chaises, quelques postes informatiques) dont Mme A. Si elle m'a accordé un entretien (le chef de service lui avait préalablement demandé de m'accueillir avec Elodie), il a été assez distant : je m'étais présenté comme kinésithérapeute étudiant le fonctionnement du service et rapidement ses propos me montrent ses réticences à mon égard. Aux soins de rééducation et stimulation dont je décris me préoccuper, Mme A m'oppose que « *les prémats n'ont pas besoin d'être stimulés mais ont besoin d'aide à l'organisation* ». A mon étonnement de ne pas l'avoir vue dans le service⁶¹⁴, elle me répond se concentrer sur les parents, « *sur le lien d'attachement, la préparation de la sortie, tout ça* » écartant la possibilité que je la suive dans son travail (ces jours-ci, justement, elle doit aller faire des choses hors du service, sous-entendu donc où je n'ai pas l'autorisation de la suivre). Si ma position indigène est sans doute en cause dans cette fermeture de terrain, il n'en reste pas moins qu'une partition du travail semble se dégager entre la psychomotricienne et la kinésithérapeute. A la kinésithérapeute la présence dans le service et le travail avec les nouveau-nés en relation avec les puéricultrices, à la psychomotricienne le travail sur le comportement maternel. Cette position se double d'une hiérarchie informelle : les bébés sont le cœur de l'activité et les interventions sur eux signent l'importance du travail. Les médecins les touchent peu souvent, mais à but diagnostique ou de soins vitaux immédiats (intuber, opérer...), c'est un toucher précieux. Les parents, la kinésithérapeute et les puéricultrices touchent ces bébés sur autorisation ou délégation des médecins, ils font partie d'un entourage proche du bébé, avec des gestes plus répétés (le change, l'alimentation, les caresses, le travail de motricité...) ou prolongés dans le temps. Ainsi, quand Elodie déclare que Mme A « *ne touche pas les bébés* », il s'agit d'une verbalisation de sa mise à l'écart du travail légitime dans le service. En réponse, Mme A se positionne comme s'intéressant au versant psycho-affectif du comportement parental⁶¹⁵ : « *de nos jours on trouve une détérioration de la parentalité, une augmentation des difficultés socio-économiques* », elle regrette le manque de « *disponibilité psychique des parents branchés sur leurs propres écrans* ». Finalement, pour elle, le problème vient des « *difficultés avec les parents qui sont centrés plus sur eux-mêmes que les besoins de leurs bébés* ». Mme

⁶¹³ Hospitalisation à Domicile, dispositif qui peut être mis en place pour permettre la sortie d'enfants nécessitant encore de nombreux soins. Ce passage n'est pas obligé, mais pour certaines familles en difficultés, la sortie de l'hôpital peut se faire sous ce régime, qui permet une coordination des intervenants à domicile par le CHU (passage de puéricultrices, éventuellement de diététiciennes, de kinésithérapeutes) Il s'agit d'une réponse à une forme de « chronicisation » de la maladie traitée par l'hôpital. Angélique SENTILHES-MONKAM, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile: L'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2005, p. 157-182.

⁶¹⁴ L'entretien a lieu dans une pièce annexe, la salle d'accueil des parents, après lui avoir expressément rappelé ma présence et mon souhait de la rencontrer.

⁶¹⁵ Il est possible de voir ici une tentative de valorisation par retournement du stigmate et non un trait professionnel des psychomotriciennes. Ma collaboration régulière avec des psychomotriciennes de Centres d'Accueil Médico Sociaux Précoces (CAMSP) tend à montrer que, dans d'autres circonstances, ces acteurs peuvent inversement valoriser et encourager toutes les pratiques autour du toucher.

A fait finalement figure d'intruse médico-sociale au milieu d'un environnement avant tout médical, alors que la kinésithérapeute arrive à se présenter comme bien plus proche du monde médical légitime.

Le travail d'Elodie se fait au lit des bébés, en lien avec les soignants y évoluant. Si les discours des médecins louent tous l'importance du travail rééducatif, de la rééducation précoce et de la présence d'Elodie dans le service, ils sont, en fait, assez peu impliqués dans ses tâches quotidiennes. Le lien légal de prescription est assez peu maintenu, la plupart des rééduqués le sont sans ordonnance. Nous pourrions supposer qu'il existe une prescription orale, mais même ce type de demande n'est pas systématique. Comme le dit Elodie, « *certains médecins me demandent de les voir [les bébés], mais d'autres jamais* ». Elodie a donc une liberté d'action de fait, mais que la reconnaissance de sa capacité d'auto-prescription ne suffit pas à expliquer. Son autonomie est plutôt le résultat d'un désintérêt des médecins pour ces soins, basés sur un savoir perçu comme profane. Un médecin du service me signale ainsi ne pas demander de soins de motricité, dont il n'y aurait « *pas besoin chez un petit préma qui va super bien* » (entretien avec un médecin du CHU A). Cette ambivalence est reçue comme un manque de reconnaissance pour son travail, qui pousse Elodie à investir les sources de savoirs proches mais jugés plus légitimes : « *je vais faire la formation Nidcap [formation en soins de développement⁶¹⁶], pour devenir référente pour le service [à l'instar de certains médecins], j'espère que ça me permettra de mieux m'intégrer* »⁶¹⁷.

Dans le même temps, elle compte sur d'autres alliés pour remplir sa mission : les puéricultrices. En effet, en l'absence de prescription médicale, ce sont ces « informatrices » qui lui proposent les enfants qu'elles trouvent « à risque »⁶¹⁸. Le travail d'Anne Paillet apporte un élément de réponse quant à cet intérêt commun entre Elodie et les puéricultrices. Ces dernières sont nettement plus portées que les médecins sur une projection du devenir de ces enfants au sein de leurs familles. Elles sont aussi, de par leur culture professionnelle et leur travail à proximité des parents, portées à se préoccuper des signes comportementaux chez ces nouveau-nés, plus que des lectures de constantes ou d'examen techniques. Or, dans les premières semaines de vie, ce sont les signes cliniques qui guident l'intervention des kinésithérapeutes, plus que les imageries ou autres examens médicaux dont Anne Paillet décrit la

⁶¹⁶ J.-B. MULLER, V. CASTAING, S. DENIZOT, G. CAILLAUX, A. FRONDAS, L. SIMON, J.-C. ROZE et C. FLAMANT, « Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie », *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35-1, 2014, p. 41-43. Le NIDCAP a tous les atouts du savoir médical : formation dispensée par des médecins pour un public à forte proportion de médecins (mais comportant aussi d'autres professionnels de la périnatalité), recommandations (plutôt qu'injonctions) basées sur la science, inférences déclarées entre chaque soin et des processus neurophysiologiques. Il s'agit, dans les faits, de conseils de calme et de douceur : peu de lumière, peu de bruit, des contacts réguliers avec les parents, grouper les soins douloureux... Au CHU A, 3 pédiatres sur 12 ont suivi cette formation au moment de l'enquête et aucune puéricultrice.

⁶¹⁷ A défaut de conformer les médecins à sa vision du soin aux nouveau-nés, c'est la kinésithérapeute qui se positionne ainsi comme se conformant à la vision médicale desdits soins.

⁶¹⁸ Les puéricultrices interrogées peuvent ranger de nombreuses sensations derrière ce vocabulaire du bébé à risque : absence parentale, comportements alimentaires anormaux, hypotonie et faible mobilité du bébé ou à l'inverse mobilité jugée trop importante ou manquant de fluidité.

difficulté, pour les médecins, à en tirer un jugement pronostique. Elodie tente donc de s'accorder avec les puéricultrices sur des critères communs « de risques » (et donc de sollicitation de soins kinésithérapiques), tel que des « *bébés toniques et très agités* » ou encore des « *bébés à la motricité asymétrique* ». On peut donc penser qu'une certaine approche du développement du bébé unit puéricultrices et kinésithérapeute, avec une difficulté pour les infirmières à s'en emparer complètement, de par leur place dans la division du travail⁶¹⁹. Alors que le médecin est vu comme plus détaché, pour ne pas dire bureaucrate⁶²⁰, c'est donc vers les infirmières qu'Elodie se tourne pour une valoriser son travail :

« On a souvent le retour des puéricultrices qui nous disent que, voilà, sur la journée, ça lui a fait du bien, ça l'a détendu. C'est plus ça, plus sur les bébés. La mobilité du cou, c'est souvent les plagio⁶²¹, ah il a une plagio, il a une plagio. Euh... Donc, si, on a un retour des puéricultrices surtout. Les médecins, ils voient pas trop les bébés en fait. (rire). En chambre ils les voient....(pas)... Ils voient le scope... Mais... De là à évaluer la motricité d'un bébé... (soupir). Mais en tout cas, les puéricultrices ressentent quand même ça et nous font des retours... »
Entretien avec Elodie 25.09.2020⁶²²

Un autre marqueur rattache la kinésithérapeute à la population infirmière : la hiérarchie des tenues. Les auxiliaires de puéricultures sont ainsi vêtues en tuniques (pantalons et hauts) roses. Les infirmières et Elodie sont habillées en tuniques blanches, tandis que les médecins titulaires sont le plus souvent en tenue de ville, avec une simple blouse par-dessus (les internes peuvent porter des tuniques proches des paramédicaux surmontées de blouses, tuniques non systématiques mais illustratives de l'entre-deux où ils se trouvent provisoirement). Ainsi, au moindre regard, parents et personnels connaissent la place dans la division du travail de leur interlocuteur.

⁶¹⁹ La hiérarchie médicale ignore en grande partie leurs démarches diagnostiques et les infirmières ont de ce fait des difficultés à imposer des soins nouveaux en conséquence, ce qu'arrive pour partie à faire la kinésithérapeute ici. Anne PAILLET, « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical », in Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 342-351 ; Élise ROEGIERS, Marie ALDERSON et Thérèse VAN DURME, « Les pratiques entourant les soins de développement : exploration des barrières à l'adoption et stratégies proposées par les experts pour les pallier », *Recherche en soins infirmiers*, N° 115-4, 2013, p. 92.

⁶²⁰ Laurent VISIER, « Le médecin comme professionnel », in , Les Belles Lettres., Paris, 2011, p. 97-101.

⁶²¹ La plagiocéphalie est une déformation du crâne, souvent due à un appui prolongé sur un crâne encore malléable.

⁶²² J'ai, de fait, constaté une approche théorique des bébés par les médecins, via les dossiers en première intention, avec une partie importante de leur temps de travail journalier passé dans la « salle de contrôle ». Pourtant, selon les praticiens, des glissements peuvent s'opérer dans les moments plus calmes. Au CHU B, où mon interconnaissance avec ceux-ci était plus grande et où mon temps d'immersion a été plus important, j'ai pu constater que, la nuit, ceux-ci vont plus facilement voir directement les enfants dont les parents sont absents, voire les prennent sur eux pour les promener dans les couloirs. Si dans cette thèse je me suis concentré sur le point de vue du kinésithérapeute (qui touche) sur le médecin (distant), il n'en reste pas moins vrai que cette approche directe du patient semble une tension au sein de la corporation médicale. Une médecin MPR évoque, par exemple, la difficulté qu'elle a à transmettre aux étudiants les signes informels quant à l'état de tonicité du bébé, visibles mais non quantifiables, durant l'examen formel. Lors d'une autre observation d'un enfant avec deux pédiatres, l'une d'elle trouve l'enfant gros (c'est-à-dire visiblement et au toucher direct de joues rebondies) ce qui provoque la blague chez son collègue : « à partir de 1500g « Alice » elle les trouve tous gros ! » (c'est-à-dire à partir d'un poids théorique, mécaniquement quantifié). L'estimation subjective d'un état est à la fois au fondement du rôle médical mais source de tension face au savoir objectivé, entraînant des attitudes contradictoires face à la présence physique.



Figure 7 : photo de la « salle de contrôle » de la néonatalogie.

Les pédiatres sont assis en pantalon de ville, les infirmières debout en tuniques blanches, l'une d'elle revenant visiblement d'un soin (enlevant sa surblouse) tandis qu'une maman interrompt les échanges (tenue de ville, surblouse et charlotte).

Pourtant la place d'Elodie est plus ambivalente que son statut et ses relations aux autres auxiliaires le laisse imaginer. D'autres attributs la rapprochent de la position écologique des médecins. Si les puéricultrices ont des doutes sur la motricité des bébés, Elodie tranche sur la nécessité de soins ou non. Elle réalise un diagnostic et s'auto-prescrit alors la thérapeutique adaptée. Plus encore, elle participe, comme les médecins et à la différence des puéricultrices, aux consultations de suivi post hospitalisation. Les bébés du service jugés à risque reviennent faire des bilans à 3 et 6 mois. Lors de cette consultation, la part d'évaluation du développement moteur prend une certaine acuité, à distance du danger vital, objet principal du travail en néonatalogie. En l'absence de médecins rééducateurs (MPR) en pédiatrie dans ce CHU et avec des néonatalogistes surspécialisés sur les enjeux réanimatoires, Elodie peut se positionner comme évaluatrice légitime du développement moteur :

«Enquêteur : *Et vous regardez quoi [durant cette consultation conjointe] ? vous avez des bilans préétablis ? pas du tout ? Comment vous faites ?*

Elodie : *Déjà on a notre bilan, évaluation du tonus classique... Mais après il y a un cahier, en fait, de suivi. A 3 mois il y a un truc à remplir, à 6 mois il y a un truc à remplir... Par les médecins... Et dedans tu as une évaluation neuromotrice, donc on coche, pareil, les cases avec la tension des ischios, des adducteurs et c'est un truc sur l'ordinateur directement. En fait. Sur le développement. [...] C'est pas tous les pédiatres qui ont besoin de nous... On fait surtout sur les... Enfin ça dépend... En fait, mais bon il y a des pédiatres qui se débrouillent tout seuls et qui nous demandent pas voilà.*

Enquêteur : *C'est plutôt les expérimentés qui demandent pas ou c'est plutôt les jeunes ?*

Elodie : *Oui c'est plutôt les expérimentés qui demandent pas... Les jeunes, ça les aide beaucoup qu'on y soit parce qu'on sait... Enfin... C'est presque le kiné qui va conduire la consultation au*

bout d'un moment, en fait, sur les jeunes ; parce qu'ils sont un peu paumés, ils savent pas trop quoi demander, comment faire... Au début c'est dur... Mais bon... »
Entretien avec Elodie, 25/09/2020

Cet extrait d'entretien rapporte comment Elodie a réussi à faire reconnaître une compétence diagnostique. Elle s'appuie sur son expérience propre pour s'imposer face aux médecins les moins expérimentés. Le segment diagnostique qui la concerne, à forte coloration de savoir-faire et en marge de la mission principale du néonatalogiste (sauver la vie), peut ainsi être délégué à une auxiliaire. Elodie utilise là un avantage comparatif provisoire (son expérience) pour réaliser un travail plus valorisé dans le champ médical : la consultation diagnostique plutôt que l'exécution de la thérapeutique.

Le cas du CHU A montre ainsi une kinésithérapeute hospitalière intégrée à un service très médicalisé et hiérarchisé. Elle profite à la fois d'une certaine connivence avec les infirmières pour accéder aux patients mais aussi d'un mandat particulier au sein de la division du travail pour se proposer comme suppléante des médecins sur un domaine du soin moins valorisé.

Le CHU B, une kinésithérapeute peu présente, exécutante distanciée des prescriptions médicales

Ce positionnement est cependant fragile, ainsi que le donne à voir le cas de la kinésithérapeute du CHU B. Dans celui-ci, la kinésithérapeute est moins présente dans le service. D'une part, elle est considérée comme un personnel interchangeable et envoyée dans de nombreux services du CHU en fonction des besoins exprimés par les médecins via leurs ordonnances. D'autre part, dans ce CHU, un médecin MPR intervient parfois dans le service de néonatalogie et propose alors ses diagnostics.

Au CHU B, comme au CHU A, les kinésithérapeutes ne sont pas rattachés au service de néonatalogie mais dépendent du service de rééducation. La différence est que la kinésithérapeute qui y intervient est là de manière beaucoup plus ponctuelle qu'au CHU A : elle couvre seule tout le pôle mère-enfant (maternité, les différents services de pédiatrie générale, la néonatalogie) et la gériatrie. Sa présence au sein du pôle est en réalité de l'ordre d'un demi équivalent temps plein. Bien que le CHU B soit plus petit que le CHU A, la différence de taille n'explique pas seule cette différence de dotation en personnel : le pôle mère enfant est moitié moins important qu'au CHU A, mais avec une dotation en personnel de 8 kinésithérapeutes pour tout le pôle mère enfant au CHU A, contre une seule kinésithérapeute à mi-temps au CHU B. Dans ce dernier, le seul service de néonatalogie compte tout de même 30 lits (15 de pédiatrie néonatalogique, 9 de soins intensifs et 6 de réanimation néonatalogique). On peut alors douter de la capacité réelle du service « *à faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute* ». Le travail n'est pas non plus effectué par un autre paramédical écologiquement proche, il n'y a ni psychomotricienne, ni ergothérapeute dans ce service.

En huit journées d'observation réparties sur 3 mois, à des jours différents de la semaine et sur de larges amplitudes horaires, plutôt supérieures aux horaires du service rééducation (8h30-16h30), je n'ai croisé un kinésithérapeute qu'à une seule reprise. En l'occurrence, il s'agissait d'un remplaçant de la kinésithérapeute normalement attribuée au service, qui était en congé ce jour-là. Dans ce CHU B, la place de la kinésithérapie en néonatalogie est donc réduite. Les soins de développement (porté en peau à peau, travail de l'oralité) sont de la responsabilité des puéricultrices, effectués par leurs soins ou confiés aux parents. Quant aux conseils et orientations en sortie, ils sont prodigués par une puéricultrice dédiée, en relation avec le réseau de soins périnataux régional. Si certains actes de cette catégorie pouvaient être réalisés par les puéricultrices au CHU A, ils revenaient à Elodie dès qu'un enfant avait un comportement inhabituel. Au CHU B, ils sont tous du ressort des puéricultrices, la kinésithérapeute n'étant appelé qu'en cas de diagnostic de problème majeur par les médecins. La perception d'un danger quant à la motricité du nouveau-né est ainsi diminuée au CHU B.

Un autre élément différent entre les deux CHU, est la présence d'une médecin MPR spécialisée en pédiatrie au CHU B. Celle-ci passe régulièrement mais de manière espacée (une fois par semaine ou par 15 jours) et sur un temps restreint, sur son temps de déjeuner ou le soir, pour diagnostiquer d'éventuels troubles moteurs des nouveau-nés. Prise par une contrainte de temps, elle cible les enfants les plus à risque, c'est-à-dire nés très grands prématurés ou avec des signes d'appels présents dans leurs dossiers (APGAR⁶²³ initial très bas, très petit poids). Comme Elodie au CHU A, elle peut toutefois voir d'autres enfants si les pédiatres du service en font la demande. La différence entre les deux situations tient à la fois dans la position du rééducateur, médecin ou auxiliaire, mais aussi dans la position des « informateurs » concernant les nouveau-nés à voir : la médecin MPR du CHU B montre une grande proximité aux pédiatres (et durant mes observations, n'échange pas avec les puéricultrices) alors qu'Elodie, au CHU A échangeait d'abord avec les puéricultrices (les échanges avec les pédiatres étaient alors plus formels).

Les propositions d'intervention de kinésithérapie (formalisées ici par prescription) sont plus rares au CHU B : d'une part, le diagnostic concernant la motricité est assuré par une médecin MPR dont le temps de présence est faible, réduisant le nombre de nouveau-nés vus. D'autre part, ce diagnostic par un médecin et cette rééducation par un auxiliaire disjoignent l'acte diagnostique et l'acte thérapeutique. Ce dernier se retrouve alors technicisé ainsi que j'ai pu le constater lors de mon observation du travail du kinésithérapeute remplaçant, Edouardo. Celui-ci est un kinésithérapeute espagnol, travaillant au CHU depuis 18 mois au moment de la séance. Il arrive dans le service à l'heure du déjeuner, pour voir un bébé pour lequel il a reçu une prescription. Après avoir identifié le nourrisson concerné avec l'aide d'une infirmière, il démarre immédiatement sa séance tout en m'interrogeant sur mon travail de recherche.

⁶²³ Le score d'APGAR est une évaluation de l'état du nouveau-né dans les minutes suivant la naissance.

Alors que la discussion se poursuit et sans montrer un intérêt évident aux réponses de l'enfant, il réalise des manœuvres pendant une dizaine de minutes. Celles-ci consistent en des mobilisations passives et répétitives des membres du nouveau-né (il amène les membres supérieurs puis les membres inférieurs vers le ventre, comme pour mettre l'enfant « en boule ». Il réalise ces mouvements avec le nouveau-né d'abord sur le dos, puis demi-assis). Interrogé sur son action, il répond que la prescription précisait « travail d'enroulement », ce qu'il réalise manuellement ici : il enroule les membres du bébé⁶²⁴. Edouardo précise que ce type de soin est fait tous les jours, « *si c'est possible* ».

L'interaction avec le bébé traité est faible, comme l'impression d'adaptation à son cas particulier : non-lecture (visible) du dossier, pas d'interrogation des puéricultrices (en l'absence des parents), gestes semblant mécaniques, peu de discussion avec l'enfant ou de démonstration d'un déchiffrement de son expression. Cette attitude s'explique par l'absence de rôle dans la procédure diagnostique, rendant plus accessoire la prise d'information quant à aux réactions du bébé et les inférences à en tirer concernant le pronostic futur.

Le fait d'avoir observé un kinésithérapeute remplaçant majeure cette posture (le turn over, autant que le positionnement comme exécutant, participe à cette approche technique détachée), pourtant, les conclusions à en tirer restent de mise. Pressés par une double hiérarchie médicale, locale dans un service médical hautement spécialisé (la néonatalogie) et rééducative (évaluation initiale faite par une MPR), les kinésithérapeutes ont peu d'autonomie de travail. Les néonatalogistes rejettent le projet rééducatif hors de leur sphère, comme me le déclare une pédiatre : « *nous on fait plutôt le médical* ». Dans le même temps, la MPR a un projet rééducatif ciblé uniquement sur les enfants dont la pathologie est objectivable, sans doute par manque de temps. Autrement dit, celle-ci ordonne des soins sur des enfants dont l'état pathologique est certain. Les kinésithérapeutes qui ne reçoivent pas l'autorisation de proposer leurs diagnostics sont alors ramenés à leurs rôles d'exécutants techniques de thérapeutiques répétitives.

Le travail des kinésithérapeutes hospitaliers pédiatriques est donc fortement contraint par la logique du champ médical. Lorsque la kinésithérapeute se retrouve la référente la plus légitime quant aux troubles de la motricité des nouveau-nés, elle peut négocier une place permettant la mise en place d'un diagnostic et un libre choix des bébés à prendre en charge. A l'inverse, quand un rééducateur plus légitime est présent, c'est le cas de la médecin MPR mais il est imaginable que cela aurait pu être une pédiatre spécialement investie dans la motricité, la kinésithérapeute retrouve sa position d'exécutante des thérapeutiques codifiées. Ces cas empiriques montrent la voie étroite par laquelle les kinésithérapeutes tentent d'améliorer leur position : ils essaient de conjuguer une proximité aux médecins (à l'inverse de

⁶²⁴ Ce travail d'enroulement a pour but de ramener le nouveau-né prématuré vers sa position physiologique dans le ventre maternel. Le principe est que la naissance intervenue trop tôt expose ces bébés à une pesanteur majorée, où ils se retrouvent en position anormalement étendue (notamment sur le dos). Les modalités se discutent : mobilisations passives (dans le cas d'espèce) ou positionnements plus prolongés via la création de « nid » dans les couveuses grâce à des langes.

la psychomotricienne du CHU A) et une autonomie par rapport à eux (Elodie ne compte pas sur eux pour diagnostiquer les besoins de rééducation).

b) Faire avec le contexte pour adopter un contenu du travail plus professionnel

Les places des kinésithérapeutes dans les hôpitaux sont variables, allant d'un diagnosticien⁶²⁵ à un technicien exécutant. Les positions respectives dans la division du travail expliquent en partie cette situation : si des médecins ont suffisamment de temps, une formation dans le domaine ou un intérêt pour les diagnostics d'évolution motrice, ils occupent la place écologique du diagnosticien et renvoient les kinésithérapeutes à leur travail d'exécutant. C'est en cas d'absence de la profession dominante que les kinésithérapeutes peuvent investir cette position, en prenant l'avantage sur les infirmières. Pourtant, au-delà de l'argument de respect de la place dans la division du travail, le contenu même de ces soins entre en ligne de compte : ils sont secondaires et facultatifs pour les médecins et touchent un travail au cœur du mandat des kinésithérapeutes, contrairement aux infirmières. C'est alors grâce à la déconsidération de ces soins que les kinésithérapeutes peuvent proposer leur expertise et une inférence alternative aux traitements des pédiatres réanimateurs : ces derniers sauvent les vies mais laissent possible un devenir altéré (notamment via des handicaps moteurs). Les kinésithérapeutes peuvent alors proposer une lecture des signes avant-coureurs et des traitements physiques pour y remédier. Ces interventions font alors intervenir des savoirs, des savoir-faire et un retour d'expérience qui peuvent être favorisés par une position au sein d'un CHU.

La survie des bébés est au cœur de la mission du service et le prérequis à la réalisation de soins kinésithérapiques. Les soins vitaux sont donc premiers et c'est leur bon déroulé qui permet, secondairement, d'envisager des soins de rééducation. Cet enchaînement a des implications dans la division du travail : les pédiatres réanimateurs sujets de l'enquête d'Anne Paillet jugent que leur travail induit ces troubles s'il est trop bien fait. C'est en réanimant des bébés trop jeunes ou trop petits, dans la zone grise⁶²⁶, qu'ils déclenchent des troubles moteurs à venir. A leur manière, ces médecins réanimateurs s'intéressent au devenir des enfants, simplement ils le considèrent comme inéluctable et indissociablement lié à leur action⁶²⁷. La part d'incertitude sur le développement moteur est due, pour eux, à l'état biologique initial : ils ont sauvé un bébé mais il était naturellement trop faible. Cette position

⁶²⁵ Ce diagnostic peut être informel, comme dans le cas d'Elodie, mais aussi formel, comme le rapporte certains kinésithérapeutes rencontrés dans le cadre de l'enquête sur l'analyse des mouvements généraux (chapitre 1). Ils peuvent parfois être embauchés dans des services de néonatalogie pour réaliser ces bilans diagnostics précoces.

⁶²⁶ G. MORIETTE, S. RAMEIX, E. AZRIA, A. FOURNIE, P. ANDRINI, L. CAEYMAEX, C. DAGEVILLE, F. GOLD, P. KUHN et L. STORME, « Naissances très prématurées: dilemmes et propositions de prise en charge. Seconde partie: enjeux éthiques, principes de prise en charge et recommandations », *Archives de pédiatrie*, 17-5, 2010, p. 527-539.

⁶²⁷ Voir par exemple B. LARROQUE, M. DELOBEL, C. ARNAUD et L. MARCHAND, « Devenir à 5 et 8 ans des enfants grands prématurés dans l'étude Épipage: développement cognitif, troubles du comportement et scolarisation: Outcome at 5 and 8 years of children born very preterm », *Archives de pédiatrie*, 15-5, 2008, p. 589-591.

explique un désintérêt possible pour les soins moteurs, arrivant après l'épisode médico-biologique déterminant. Anne Paillet rapporte ainsi comment le choix de réanimer, temporellement situé et court, est perçu par la chaîne médicale comme déterminant le handicap futur : « *chacun de leur côté, plusieurs médecins et infirmières se sont aussitôt lancés, sur un ton abattu et en multipliant les soupirs, dans le rappel de son histoire : l'hésitation à poursuivre la réanimation ; la décision de poursuite ; le handicap massif finalement avéré ; ses conditions de vie actuelles [...] Surtout, les membres de la spécialité ne sont pas uniquement exposés à ces horizons de malheurs : ils sont impliqués dans leur fabrique. Lorsqu'une discussion s'ouvre à propos de l'opportunité d'une poursuite, cela revient non pas à affronter une évolution « naturelle » inéluctable mais à choisir d'assigner à un patient plutôt tel malheur (ou risque de malheur) que tel autre* »⁶²⁸.

A l'inverse, les rééducateurs envisagent d'autres causalités : l'évènement biologique initial est bien sûr déterminant, mais, en proposant des soins, ils affirment que d'autres facteurs jouent sur le devenir moteur et qu'il est possible d'influer dessus. Ils caractérisent le développement moteur altéré selon leurs propres diagnostics, soient-ils informels, sans lexique propre et dévalorisés.

Cela est vrai quand il s'agit d'intervenants kinésithérapeutes mais, même quand le rééducateur est médecin, disposant de la légitimité scolaire et scientifique, cette sujétion du risque moteur au risque vital persiste, ainsi que le montre le cas de la médecin MPR du CHU B⁶²⁹ suivie lors du retour sur enquête de novembre 2020. Sa position statutaire ne l'empêche pas d'être dépendante des pédiatres pour accéder au service. C'est d'abord l'appel des pédiatres, jouant le rôle d'informateurs sur la présence de trois nouveau-nés « à risques », qui justifie sa présence. Une fois dans le service, elle tente alors d'autonomiser sa pratique de la demande des pédiatres en consultant d'autres bébés en sus de ceux demandés par ses collègues. La stratégie diffère alors sensiblement de celle utilisée par Elodie au CHU A. Cette médecin ne dispose que d'un temps de présence très court (sur la pause déjeuner, ou, dans le cas d'espèce, en soirée de 18h à 20h)⁶³⁰ qui l'empêche de créer des liens avec les puéricultrices, possiblement au fait du comportement des bébés, ou d'aller voir elle-même visuellement chacun d'entre eux. Dans ces conditions, son choix des bébés à consulter se fait par la lecture rapide des résumés de dossiers : des poids, âges ou APGAR montrant des chiffres anormaux sont autant de signes d'appel. Dans la soirée, deux bébés non prévus par les pédiatres sont ainsi vus, tandis qu'un des trois bébés préconisés ne sera pas examiné car semblant « aller bien ». Si elle marque ainsi son autonomie de choix, son action dépend d'une cooptation (entre pairs), avec des limites d'ingérences à ne pas dépasser. Bien

⁶²⁸ A. PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit, p. 35.

⁶²⁹ Celle-ci travaille au sein du service de médecine physique et rééducation sur un poste consacré aux enfants. Des enfants handicapés sont ainsi présents régulièrement au sein du service de rééducation, pour lesquels elle assure le suivi médical, mais elle intervient aussi sur des services de pédiatrie indépendants, comme la néonatalogie.

⁶³⁰ Sur les autres périodes de la journée, elle doit s'occuper des enfants pris en charge au sein du service de rééducation.

qu'elle puisse choisir de formuler des ordonnances quant à des soins rééducatifs, certains bébés échappent à son suivi quand les pédiatres ultérieurs souhaitent conserver un monopole décisionnel : « *Quand ils habitent vers [une petite ville du même département], ils sont pris en charge par le CAMSP⁶³¹ et là le docteur VVV [pédiatre du CAMSP] souhaite gérer tout seul. Donc on ne les fait pas revenir en consultation de suivi de rééducation.* » Dans les cas où les pédiatres écartent la MPR, elle n'a d'autres choix que d'accepter cette situation. Le trouble moteur est alors contrôlé par le pédiatre qui entend juger des modalités de prise en charge.

Ce qui se joue dans ces arrangements peut être analysé sous la logique d'inférence⁶³² des professions. Andrew Abbott la décrit comme la capacité à proposer une relation entre un diagnostic et un traitement. Les pédiatres réanimateurs présentent la leur : les données biologiques à la naissance entraînent un choix (vie ou mort) avec ses conséquences (handicap possible). La logique des rééducateurs (médecins MPR ou kinésithérapeutes) se pose comme une logique d'inférence différente : c'est la détection de signes avant-coureurs d'anomalies motrices qui entraîne un traitement rééducatif (tel le travail d'enroulement décrit précédemment). Or cette logique d'inférence est au cœur de l'organisation professionnelle du travail. Si la relation entre le diagnostic, le traitement et ses conséquences est suffisamment décrite et certaine, alors le travail peut être routinisé. Il est alors le fait de techniciens, bien moins valorisés socialement. A l'inverse, une chaîne d'inférence plus longue et plus incertaine engendre des paris et mobilise des qualités d'arbitrages entre savoirs et savoir-faire : les pratiques prudentielles décrites par Florent Champy⁶³³. Mais, dans ce cas, la pertinence de l'inférence proposée peut être discutée et d'autres groupes professionnels peuvent s'immiscer dans la chaîne. Dans notre cas, l'inférence initiale proposée par les pédiatres réanimateurs se fait entre les conditions de naissance et les difficultés motrices à long terme, avec comme proposition de traitement : laisser mourir ou faire vivre ces bébés. Elle présente des faiblesses : l'incertitude est très grande, les savoirs médicaux mobilisés y répondent difficilement et le traitement est particulièrement coûteux et définitif⁶³⁴. Une fois le choix fait, y compris dans le cas de la survie, les réanimateurs n'ont plus vraiment de répertoire d'action à proposer, ouvrant ainsi une porte. Cette ouverture, pour être saisie, nécessite une certaine légitimité. Elle est ici possible par la délégation du problème des réanimateurs aux rééducateurs. Le principal traitement disponible pour le handicap moteur, la rééducation, a donc une légitimité à s'autonomiser, proposer un nouveau diagnostic et, par inférence, de nouveaux traitements.

⁶³¹ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

⁶³² A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit., p. 48-52.

⁶³³ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

⁶³⁴ Emmanuelle Fillion analyse la difficulté à choisir entre des risques concurrents tels que survie, handicap ou risque légal. E. FILLION, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? », art. cit.

Cette nouvelle inférence est fragile. Les pédiatres peuvent choisir de s'intéresser eux-mêmes aux préventions des handicaps futurs et intégrer ces propositions à leur prise en charge⁶³⁵, d'autant plus si la nouvelle inférence fait preuve de son efficacité. Ainsi certains soins ayant trait à l'amélioration du pronostic moteur peuvent être imbriqués dans les traitements de survie. C'est le cas de la technique médicale d'hypothermie appliquée aux bébés nés à terme avec une souffrance hypoxique⁶³⁶. Les néonatalogistes refroidissent le nouveau-né, ce qui permet une diminution des effets secondaires de l'hypoxie, offrant une certaine neuroprotection et une amélioration des prévalences d'IMC⁶³⁷. Cet exemple est d'autant plus parlant que la cryothérapie de l'adulte, vue comme bénigne et améliorant possiblement les problèmes inflammatoires « légers », localisés (tendinopathie du sportif) ou généraux (accélérer la récupération générale⁶³⁸), est laissée aux kinésithérapeutes, alors qu'elle prend l'aspect d'un acte à la pointe de la technique médicale dans le cadre du nouveau-né en service de néonatalogie. Il est à noter, de plus, l'importance du facteur temporel dans le cas de l'utilisation de cette technique de cryothérapie sur les nouveau-nés. Cette cryothérapie est alors utilisée sur un temps court, dans l'intervalle de légitimité maximale du pédiatre de néonatalogie. Pourtant les techniques à la main des pédiatres réanimateurs ne suffisent pas à éviter tous les handicaps, justifiant l'inférence, plus incertaine, proposée par les rééducateurs.

L'organisation de la néonatalogie se fait donc par une partition entre un soin vital au cœur du projet du service, avec un résultat visible, et un soin plus facultatif, avec des conséquences motrices incertaines, qui est secondaire dans ce milieu. Cette partition est d'autant moins définitive que les incertitudes peuvent être objectivées, c'est-à-dire le plus souvent mises en risque⁶³⁹. Ainsi la recherche médicale s'empare de l'outil diagnostique de l'analyse des « Mouvement Généraux » et quantifie la fiabilité de son examen quant à la prédiction de l'Infirmité Motrice Cérébrale⁶⁴⁰. Cette validation de l'examen permet d'intéresser certains pédiatres à celui-ci. Toutefois les caractéristiques des thérapeutiques physiques qui

⁶³⁵ Des pédiatres parmi les plus légitimes, les universitaires, montrent des tentatives d'améliorer la motricité par leur action. La pédiatre Susan Reid, par exemple, propose de limiter strictement les soins invasifs et les déplacements pour réduire le stress du nouveau-né (créateur de surpressions intraventriculaires) et les risques d'Infirmités Motrices Cérébrales corrélés. Susan REID, Anna LANIGAN et Dinah REDDIHOUGH, « Post-neonatally acquired cerebral palsy in Victoria, Australia, 1970-1999 », *J Paediatr Child Health*, 42-10, 2006, p. 606-611.

⁶³⁶ L'hypoxie est le manque d'oxygénation du bébé. Elle se traduit, au niveau cérébral, par une dégénérescence des neurones touchés par un manque d'oxygène trop prolongé. Concernant la technique d'hypothermie lire Alistair J. GUNN, Abbot R. LAPTOOK, Nicola J. ROBERTSON, John D. BARKS, Marianne THORESEN, Guido WASSINK et Laura BENNET, « Therapeutic hypothermia translates from ancient history in to practice », *Pediatric Research*, 81-1-2, 2017, p. 202-209.

⁶³⁷ Infirmité Motrice Cérébrale

⁶³⁸ Didier BERTRAND et Serge MESURE, « La cryothérapie corps entier : une nouvelle approche thérapeutique », *Kinésithérapie, la Revue*, 14-152-153, 2014, p. 45-55.

⁶³⁹ Robert CASTEL, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47-1, 1983, p. 119-127.

⁶⁴⁰ Fabrizio FERRARI, Carlotta PLESSI, Laura LUCACCIONI, Natascia BERTONCELLI, Luca BEDETTI, Luca ORI, Alberto BERARDI, Elisa DELLA CASA, Lorenzo IUGHETTI et Roberto D'AMICO, « Motor and Postural Patterns Concomitant with General Movements Are Associated with Cerebral Palsy at Term and Fidgety Age in Preterm Infants », *Journal of Clinical Medicine*, 8-8, 2019, p. 1189.

en résultent tendent à déléguer ces problématiques aux rééducateurs, qui développent leur propre logique.

Le désintérêt des médecins pour ces problématiques permet à Elodie de diagnostiquer elle-même les problèmes moteurs. Pour ce faire, elle prend en compte les informations des dossiers médicaux (elle évoque la prématurité, le poids de naissance, l'évolution de celui-ci et les comptes-rendus d'imageries) mais surtout l'observation directe des nouveau-nés et la qualité de leurs mouvements :

« Moi, personnellement, j'arrive facilement à dire « là il y a rien à faire, il faut juste laisser l'enfant grandir, je reviens le voir la semaine prochaine » [...] Après il y a tellement de choses qui entrent en jeu, des fois, le petit, il a soit patho associé donc... Ben là il est pas bien, il a mal au ventre, il a pas dormi, il est très fatigué... Enfin, tu vois, s'ils sont broncho-dysplasiques⁶⁴¹, des choses comme ça, on sait que... La tétée, elle va être compliquée quoi, il peut pas respirer, déglutir... Tout faire en même temps c'est compliqué, donc des fois on peut se laisser... Voilà... Je laisse 2-3 jours, je reviens et on voit comme ça. Je sais que je le garde à l'œil. On sait que, de toute manière, il y a des problématiques qui se jouent sur le long terme et ça peut être juste des fois donner un conseil »

Entretien avec Elodie, 25/09/2020.

Ce diagnostic d'Elodie présente des caractéristiques en partie informelles, il est basé sur un ressenti (« *il est pas bien* »). De plus il est contraint par les possibilités d'inférence que ce diagnostic sous-tend : l'état qu'elle évalue ne justifie pas toujours une prise en charge et cette prise en charge est incertaine quant à la production d'effets. Il est enfin coûteux en temps : elle vient régulièrement voir le bébé et interroger l'entourage. Autant de caractéristiques peu compatibles avec le travail médical⁶⁴².

En fonction des besoins qu'elle estime, elle peut réaliser des gestes thérapeutiques. Parmi ceux-ci, deux sont particulièrement privilégiés : le travail d'enroulement et le travail d'oralité⁶⁴³. Le travail d'enroulement a pour but de recréer une situation proche de l'état intra-utérin, alors que ces bébés nés trop tôt sont soumis à une pesanteur qui les « aplatit » sur leurs matelas. Le travail d'oralité consiste en des stimulations tactiles de la zone de la bouche, pour déclencher une motricité (automatique chez l'enfant à terme) permettant la prise alimentaire. Ces deux soins sont souvent intriqués, d'autant qu'Elodie insiste sur la « prise en charge globale », notion qui fait partie de la culture professionnelle des kinésithérapeutes français. Cela se manifeste ici par une séquence d'action avec les nouveau-nés consistant à d'abord les regarder, puis les prendre de façon « englobante », leur parler à voix douce, avant de réaliser tel ou tel geste.

⁶⁴¹ Les bébés prématurés peuvent présenter des alvéoles pulmonaires insuffisamment matures. Elles peuvent être l'objet de lésions diminuant leurs capacités d'échanges respiratoires.

⁶⁴² La position médicale permet de sélectionner prioritairement les traitements les plus efficaces au détriment de techniques vues comme alternatives. Les rythmes et temporalités du travail médical favorisent les actes courts et rapides, penchant renforcé par les impératifs de rentabilité de ce personnel hospitalier coûteux en période de rationalisation budgétaire.

⁶⁴³ Comme décrit au chapitre 1, les instruments à disposition d'Elodie sont limités à ceux autorisés par les médecins.

Ce diagnostic et ces thérapeutiques s'appuient sur un savoir, fortement imprégné de savoir médical, et un savoir-faire. C'est un savoir théorique qui lui permet d'affirmer que les stimulations des muscles de la succion lors du travail de l'oralité ou des muscles antigravitaires du plan antérieur lors du travail d'enroulement auront des effets. Elle mobilise pour se faire une littérature théorique⁶⁴⁴ et des formations continues pour kinésithérapeutes⁶⁴⁵. Ce savoir est couplé à un savoir-faire acquis en formation et une expérience dans l'observation des nouveau-nés qui lui permettent de décider comment se positionner dans chaque cas singulier. Ce savoir-faire s'affirme par une auto-évaluation de sa pratique :

« Des fois je vois, sur des jours assez proches, du jour au lendemain des évolutions, [...] des petites lignes qui montrent qu'il y a des éveils autour de la bouche, je peux aller plus loin, je peux... Voilà, elle a pris un peu plus [de lait] au sein, [...] j'ai l'impression que j'ai été efficace. Après, je me base aussi beaucoup sur le ressenti des parents parce que je pense que c'est aussi ça qui est important [...] C'est vrai que ça passe plus par le ressenti des parents, à leur demander aussi est-ce que vous le trouvez plus calme... Plus détendu, par rapport... Quand c'est des petits qui sont hypertoniques ben le jour où tu fais une petite détente, du regroupement... Du relâchement. Ben, si le lendemain la maman me dit « je l'ai trouvé vraiment bien, il a bien dormi », ben ouais je trouve que je suis efficace, mais c'est vrai que visuellement sur l'enfant des fois... C'est pas assez long en fait je trouve pour [évaluer]... »
Entretien avec Elodie, 20/09/2020.

Cet extrait d'entretien montre la fragilité des propositions motrices chez les nouveau-nés. Assez informelle, l'évaluation passe par l'avis des parents. Alors que les médecins disposent d'un appareillage propre d'évaluation de leurs pratiques, les kinésithérapeutes s'en remettent à un jugement profane. Cela les distingue nettement du modèle idéal-typique médical où la quasi indépendance vis-à-vis du malade a été jusqu'à conduire René Lériche à proposer que « *dans la maladie ce qu'il y a de moins important au fond c'est l'homme* », même si cette position est plus le symbole du pouvoir médical que d'une réalité⁶⁴⁶.

⁶⁴⁴ Interrogée sur ses influences théoriques, Elodie cite des livres comme ceux de André BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2015 ; Roger VASSEUR et Pierre DELION, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès, 2010 ; Michel LE METAYER, *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant: éducation thérapeutique*, Paris, Masson, 1999. D'autres articles scientifiques appuient ses prétentions sur les effets des soins de développement dans leur globalité (Jacques SIZUN, Helene ANSQUER, Joy BROWNE, Sylvie TORDJMAN et Jean-Francois MORIN, « Developmental care decreases physiologic and behavioral pain expression in preterm neonates », *The Journal of Pain*, 3-6, 2002, p. 446-450.), des conseils de portage (A. BUIL, D. FILLON-DEVYS, A. GRANGER, K. ROGER, N. THOMAS, G. APTER et E. DEVOUCHE, « Impact de l'installation en Flexion diagonale soutenue sur le maternage tactile spontané lors de la première séance de peau-à-peau en réanimation néonatale », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65-5, 2017, p. 289-298.), des changements de position (L VAIVRE-DOURET, K ENNOURI, I JRAD, C GARREC et E PAPIERNIK, « Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants », *European Journal of Paediatric Neurology*, 8-1, 2004, p. 21-34.), du travail de l'oralité (E SALIBA, *Néonatalogie: bases scientifiques*, 2017.), ou du travail de la motricité (Liang MA, Bingshang YANG, Lingdan MENG, Baohong WANG, Chunhui ZHENG et Aihua CAO, « Effect of early intervention on premature infants' general movements », *Brain and Development*, 37-4, 2015, p. 387-393.).

⁶⁴⁵ Elodie cite un DIU (Diplôme Inter Universitaire) en « Initiation aux soins de développement » en 2013, une formation « Dépistage et traitement précoce des jeunes enfants IMC » en 2012 ou sur les « Niveaux d'Evolution Motrice » en 2016.

⁶⁴⁶ Georges Canguilhem démonte méticuleusement la croyance de René Lériche pour rappeler que les médecins doivent d'abord leur existence à la plainte du malade. Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Vendôme, Quadrige PUF, 1984, p. 53.

Si certaines thérapeutiques s'inscrivent dans le temps court hospitalier, il existe une part de normativité dans le travail d'Elodie qui cherche à modifier le comportement des parents sur le temps long. Si le trouble moteur est visible pour elle, elle intervient ; sinon elle définit, pour les parents, le bébé comme potentiellement en danger moteur : « *j'interviens si la motricité est anormale sinon je donne juste des conseils aux parents* ». Les conseils aux parents, pour les enfants jugés les moins préoccupants, sont de l'ordre d'un travail moteur profane : « *conseils de portage* », « *positions en écharpes* », « *enroulement du bassin quand ils jouent avec* », plus rarement « *positionnement* » en cocon pour proposer une position fœtale passive plutôt qu'à plat. Il n'en reste pas moins qu'elle s'immisce par ce fait dans la relation parent-enfant sous la légitimité d'un diagnostic moteur en suspens : il faut adopter ces gestes afin de diminuer les occurrences de troubles moteurs.

A l'issue de l'hospitalisation, Elodie intervient comme médiatrice d'une mise en place de rééducation libérale : « *A la fin de l'hospit' nous discutons avec le médecin de l'intérêt ou non de poursuivre de la kiné à domicile* », « *Pour le suivi libéral, nous conseillons aux parents un kiné que nous connaissons à proximité de chez eux. Parfois je les contacte par téléphone pour leur parler de l'enfant, parfois non si c'est une prise en charge moins particulière* ». Elle se charge donc d'éduquer les parents, non seulement à des gestes préférables, mais aussi à la nécessité de faire suivre leur enfant pour sa rééducation motrice. Elle participe alors à l'édiction d'une nouvelle norme de vie pour le bébé et ses parents : il y a rapprochement d'une situation de handicap (encore potentielle ou réductible), et éloignement de la maladie. Or le handicap et la maladie ont des propriétés différentes, résumées par Robert Castel : « *L'atténuation du handicap s'obtient à travers des processus d'apprentissage qui diffèrent profondément de la thérapie. Par rapport à la maladie mentale, qui est un évènement même prolongé, et à la limite seulement chronique, le handicap se situe ainsi du côté du figé, de l'état permanent, du statut définitif, même si on ajoute toujours comme il se doit, qu'« il faut laisser une place aux possibilités évolutives* ». »⁶⁴⁷ La temporalité du handicap tire ainsi le temps long vers le définitif. A l'aspect profane de l'évaluation de ses pratiques il faut alors ajouter la temporalité longue qui place la kinésithérapie en bordure du médicalement valorisé. Ce temps long et l'incertitude du handicap permettent de faire travailler la notion de travail prudentiel. D'un côté, ce sont ces caractéristiques mêmes qui imposent la notion de prudence en opposition à la standardisation : il est nécessaire de s'intéresser au devenir particulier de chaque enfant sans avoir de modèle de prédiction automatique fiable. D'un autre côté, quand ce temps long tend à la stabilité (si le bébé ne progresse pas) le travail prudentiel peut sembler inutile : il n'amène pas de résultats probants.

Elodie réorganise son activité autour de résultats qu'elle évalue par elle-même : elle travaille l'oralité car elle y trouve des effets immédiats, partagés avec les parents (meilleure alimentation, sensation de

⁶⁴⁷ R. CASTEL, *La gestion des risques*, op. cit, p. 122.

détente). Elle travaille le positionnement et les conseils de portage car elle constate des effets à long terme dans les consultations post-hospitalisation (les parents réinvestissent ces conseils et se conforment mieux aux règles de développement moteur jugées profitables). Dans ses marges d'autonomie, elle se constitue un savoir-faire éprouvé qui discute avec les savoirs scientifiques qu'elle a appris. C'est par ce biais qu'elle améliore sa capacité d'adaptation et de singularisation des savoirs théoriques. Le CHU est dans ce cas un allié de poids : il donne une légitimité suffisante aux soignants pour provoquer un retour régulier des parents pour ces consultations et, de par sa place dans un réseau de santé dense⁶⁴⁸, permet un investissement dans de multiples facettes de la santé, au-delà du simple risque vital. Ce suivi post hospitalisation est un enjeu important pour la kinésithérapeute, car il lui permet de bien vérifier l'effectivité de son « éducation » du patient, mais aussi d'alimenter son diagnostic et sa capacité d'inférence malgré la temporalité longue :

« [En consultation post-hospitalisation] on le voit par la suite, parce que quand on les a bien encadré... Enfin encadré... Entouré... Aidé, ben sur les consultations, ben on voit, voilà qu'une maman que j'ai déjà vu, que j'ai vu en néonats, que je sais que... Et ben, c'est vrai qu'on voit qu'elle sait déjà plein de choses, alors qu'il y en a qu'on a pas vu et qui arrivent à la consultation des trois mois et on est obligé de tout reprendre sur... Ben : « c'est quand même important qu'il soit regroupé, ci, mi, non il faut pas le mettre sur les pieds... » Enfin... Alors que finalement quand on les voit déjà en néonats et ben on sent que tout est fait quoi »
Entretien avec Elodie, 25/09/2020.

Si, là encore, cette participation aux consultations de suivi est dépendante du bon vouloir des médecins, elle participe au déplacement d'Elodie d'une position de technicienne exécutante vers une position de professionnelle de la motricité.

⁶⁴⁸ Le réseau de santé dense autour du CHU est largement créé par le CHU lui-même et son attractivité en termes d'innovations ou de délégation du travail : F. TONNELIER et E. VIGNERON, *Géographie de la santé en France*, op. cit ; Emmanuel VIGNERON, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, 38-1, 2013, p. 41.

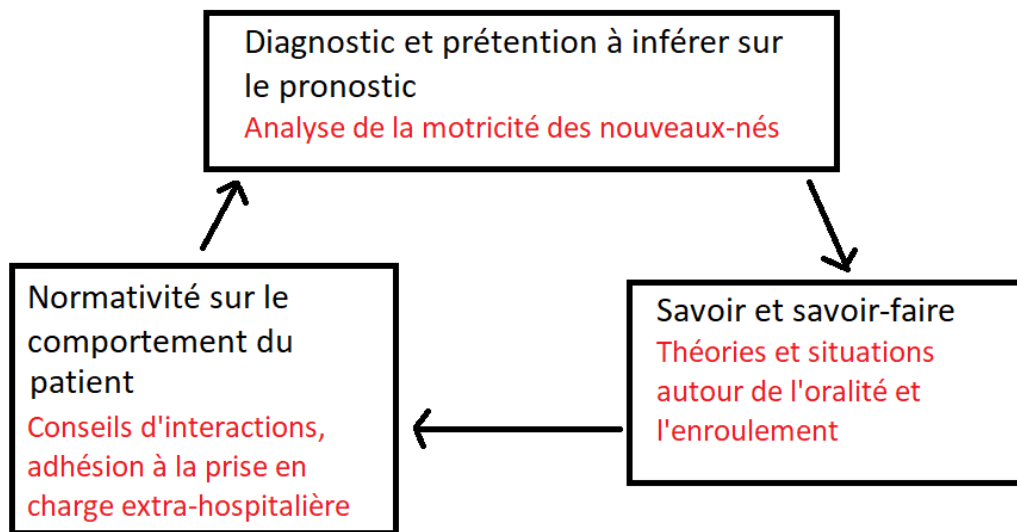


Schéma 4 : processus permettant à Elodie d’adopter un travail professionnel.

C’est le faible investissement des pédiatres dans un travail jugé trop coûteux en temps, pas assez complexe dans les actes, incertain quant à un devenir lointain qui laisse un espace à Elodie pour réaliser un diagnostic propre et proposer une action à même d’amender le pronostic. Celle-ci s’empare du sujet et s’appuie sur les savoirs disponibles (en partie construits par des médecins, mais aussi d’autres kinésithérapeutes de sa spécialité) et sur un savoir-faire qu’elle construit (avec des échanges au sein de sa corporation). C’est sur la base de ces savoirs et savoirs-faire qu’elle éveille les parents aux problématiques motrices, présentes ou à venir, et tente de modifier leurs comportements. Le retour sur les devenirs, à comparer à son diagnostic initial, et le bon respect familial de ses propositions, lui permettent progressivement d’affiner ses diagnostics initiaux. Elle participe ainsi à se donner un travail présentant de nombreuses caractéristiques du travail professionnel.

Si le milieu hospitalier impose une contrainte médicale limitant sa marge de manœuvre, celle-ci existe tout de même, de par une autorisation médicale tacite, et explique la position écologique particulière d’Elodie. Cette marge peut pourtant se réduire sous l’action d’un autre phénomène : la rationalisation du travail du personnel hospitalier.

c) La bureaucratisation du travail du kinésithérapeute

Alors que les kinésithérapeutes profitent d’une position particulière dans l’écologie hospitalière et d’un domaine du soin qui leur est délaissé pour prendre une posture professionnelle, un mouvement plus

global de rationalisation⁶⁴⁹ du secteur hospitalier contrecarre ces évolutions. En effet, la mesure du travail, préalable nécessaire à sa rationalisation, entre en contradiction directe avec la part d'informel du travail professionnel auquel prétendent les kinésithérapeutes. Or le processus de rationalisation a tendance à ramener les kinésithérapeutes à leurs tâches prescrites dans l'organisation du soin : appliquer les ordonnances médicales.

Les deux cas des CHU A et B, la variabilité dans le nombre et dans le travail réel des kinésithérapeutes montrent que leur activité reste faiblement standardisée. A l'image de la capacité à « *faire intervenir en permanence* », l'encadrement législatif laisse de grandes marges de manœuvre quand à leur organisation. En cela ils dénotent des infirmières dont l'organisation du travail semble plus similaire entre les deux CHU (cadre de santé du service organisant les plannings, équipes se succédant pour une présence nocturne et de week ends etc). Pour les kinésithérapeutes, à l'image des médecins, leurs rapports hiérarchiques semblent plus incertains et moins directs. Si un cadre de santé existe dans les deux CHU pour gérer un « service de rééducation »⁶⁵⁰, celui-ci se retrouve dans les faits à distance. Les kinésithérapeutes sont répartis dans tous les services (malgré un cœur central au niveau des plateaux techniques de rééducation). Ils semblent alors avoir une marge pour déterminer leurs horaires⁶⁵¹ et conditions de travail dans une discussion à plusieurs acteurs. D'une part, le service de rééducation, avec un cadre lointain, garantit une certaine offre de soin en rééducation. D'autre part, un service d'accueil, receveur d'une dotation en kinésithérapeutes, propose un nombre de patients à prendre en charge⁶⁵². Enfin les kinésithérapeutes eux-même font partie de cette discussion en évitant certains services ou au

⁶⁴⁹ Rationalisation qui ne va pas sans résistance de la part des acteurs soignants Hugo BERTILLOT, « Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France », *Informations sociales*, n° 198-3, 2018, p. 38 ; Pierre-André JUVEN et Jean-Paul GAUDILLIERE, « « En consultation, je regarde l'ordinateur, pas ma patiente »: Entretien avec Anne Gervais », *Mouvements*, n°98-2, 2019, p. 23.

⁶⁵⁰ La hiérarchie administrative suit la logique hospitalière issue de l'organisation infirmière : les personnels de rééducation sont chapotés au sein d'un service de rééducation par un cadre issu de la filière rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute, plus rarement orthophoniste, psychomotricienne...), sous l'autorité d'un directeur des soins (quasiment systématiquement du corps infirmier, au vu du rapport de force démographique au sein des paramédicaux) lui-même sous la tutelle du directeur de l'hôpital. Un échelon intermédiaire peut exister dans les plus grands CHU où un cadre supérieur de rééducation chapote plusieurs services de rééducation qui disposent chacun de leur cadre (cas du CHU A).

⁶⁵¹ Le temps de travail est fixé à 35 heures en journées mais avec des marges de liberté. Ainsi, au CHU A, les kinésithérapeutes ont un temps de présence obligatoire en cœur de journée (9h-12h et 14h-16h) inférieur à leur temps de travail. Les heures complémentaires peuvent être ensuite placées à leur guise autour de ces plages horaires. Leur temps de travail peut excéder 35 heures s'ils en ressentent le besoin, dans ce cas l'excédent est comptabilisé dans des heures de repos à prendre ultérieurement. Au CHU B, les horaires semblent un peu plus contraints et uniformes (8h30-16h30 avec pause déjeuner) mais dans les faits il semble que le contrôle soit difficile pour les acteurs en service, ainsi qu'en témoigne ma difficulté à rencontrer la kinésithérapeute de néonatalogie.

⁶⁵² La faible capacité du service d'accueil, et du médecin chef de service, à diriger le travail des kinésithérapeutes peut expliquer le recrutement dans le CHU A d'une psychomotricienne. Alors qu'un kinésithérapeute aurait été versé au service de rééducation plutôt qu'au service de néonatalogie, ce choix d'un diplôme alternatif peut être lu comme un moyen d'établir une tutelle directe sur un personnel. Les plannings des vacances sont par exemple tenus par le service de rééducation qui peut manquer d'en informer le service accueillant les kinésithérapeutes. Ainsi lors de ma présence au CHU B, l'arrivée du kinésithérapeute remplaçant dont j'ai pu suivre la séance était inconnue des puéricultrices et médecins de néonatalogie.

contraire en en plébiscitant d'autres⁶⁵³. Ils contribuent aussi, ou non, à créer de l'activité en développant leurs pratiques, ajoutant des bilans et intégrant de nouveaux actes (typiquement le cas des consultations de suivi d'Elodie au CHU A). Alors que dans l'organisation « classique » des services, la double gouvernance soignante médecin chef de service et cadre infirmière, tous deux in situ, permet des accords rapides et un contrôle permanent des déviants (retardataires, absence de soins, choix thérapeutiques alternatifs...), le contrôle sur les kinésithérapeutes semble bien plus lâche. Si le cadre de rééducation (kinésithérapeute ou issu d'autres métiers de la rééducation, ergothérapeute notamment) lointain gère bien les plannings, il ne voit pas les kinésithérapeutes au travail. Quant au médecin (rééducateur) chef de service, s'il peut connaître les acteurs du plateau technique, ce n'est pas le cas des kinésithérapeutes dispatchés dans l'hôpital. En dehors de rares cas de déplacements de MPR dans les services tiers (le cas de la MPR du CHU B qui se rend en néonatalogie est rare), cette tutelle médicale n'existe qu'au titre de la logique administrative⁶⁵⁴.

Ce mode d'organisation laisse donc une grande liberté aux acteurs. Pourtant des éléments semblent indiquer une tendance à la rationalisation de leur présence, diminuant d'autant leur normativité sur leur travail.

Dans le CHU B, où la kinésithérapeute a une position de technicienne exécutante des prescriptions des pédiatres et de la médecin MPR, une certaine rationalisation était déjà à l'oeuvre dès 2017. Le personnel kinésithérapique était peu nombreux et concentré sur l'exécution des prescriptions. Le retour sur le terrain de 2020 a permis de constater un pas supplémentaire dans le contrôle du travail du personnel hospitalier : l'ordonnance électronique s'est généralisée, remplaçant la demande orale ou papier qui présidait jusqu'alors. La médecin MPR l'a adoptée pour elle-même justifier de sa prestation et, par là, de l'importance du travail du service de rééducation fonctionnelle : « *ça montre qu'on existe* »⁶⁵⁵. Ces ordonnances électroniques sont réputées comptabilisables et permettent d'afficher un travail réalisé. Il s'agit de peser lors de l'arbitrage des dotations entre les services ainsi mis en concurrence : le service rééducation peut montrer qu'au vu de son activité de prescription ces soins sont nombreux, importants et nécessitent une conservation ou une augmentation des moyens. Une fois mise en place chez les médecins, l'adoption de l'ordonnance électronique s'impose à la kinésithérapeute qui voit ainsi ses actes

⁶⁵³ L'affectation est officiellement prononcée par le cadre de rééducation, mais la tension sur les effectifs et les difficultés de recrutement de la plupart des établissements français, en lien avec le contrôle du nombre évoqué au chapitre 3, permettent aux kinésithérapeutes de négocier leur travail dans les services souhaités. Les possibilités de défection renforcent ici leur position.

⁶⁵⁴ J'ai travaillé 6 mois au CHU A dans les années 2008-2009, dispatché dans les services. Durant cette période je ne garde pas souvenir d'avoir rencontré une seule fois ma cadre durant mon travail (que je connaissais toutefois via des échanges mails concernant l'organisation des plannings des congés notamment). Je n'ai par contre aucune idée de l'identité des médecins MPR qui « chapotaient » ce service rééducation.

⁶⁵⁵ Sur les contraintes pesant sur la pratique prescriptive des médecins, notamment des spécialités dominées, voir l'article de Julia Legrand sur les contraintes pesant sur les psychiatres. La réduction du nombre de lits d'hospitalisation peut les pousser à choisir des prescriptions de médicaments comme pis-aller. Julia LEGRAND, « L'injonction ou l'injection? : Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique », *Genèses*, n° 127-2, 2022, p. 11-32.

quantifiés plus facilement. Tant que l'ordonnance était orale, ou même papier, la mesure comptable de son activité était compromise : les demandes orales ne laissaient pas de traces et les ordonnances papiers étaient conservées dans des dossiers médicaux, demandant la réouverture de chacun pour effectuer une comptabilité. L'ordonnance électronique automatise ce contrôle et favorise la gouvernance par l'instrument comptable⁶⁵⁶.

La place d'auxiliaire n'autorise administrativement pas les kinésithérapeutes à s'auto-prescrire leurs actes. Compte tenu de l'éloignement des tutelles c'était pourtant une possibilité réelle. L'ordonnance informelle que constitue l'ordonnance orale permettait aux kinésithérapeutes de prendre en charge des bébés sur leur avis propre (parfois sur suggestion des puéricultrices). Si au CHU B cette pratique semblait déjà rare du fait de la faible présence de la kinésithérapeute, elle semble encore plus hypothétique avec l'adoption de l'ordonnance électronique. La mesure comptable du travail qu'elle rend possible invisibilise ainsi le travail informel. Si des kinésithérapeutes pratiquent des actes hors de cette ordonnance formelle, ils ne sont pas pris en compte⁶⁵⁷ et ces travailleurs peuvent être considérés comme improductifs. Cette augmentation du poids de la mesure recoupe de nombreux travaux actuels sur le travail à l'hôpital⁶⁵⁸.

Au CHU A, même si l'ordonnance électronique ne s'est pas encore imposée, l'augmentation du contrôle administratif est devenue plus sensible pour Elodie entre 2017 et 2020. Son temps plein en néonatalogie a été remis en cause et le cadre de rééducation l'a affecté deux journées par semaine dans un autre service (spécialisé dans les patients enfants et adultes atteints par la mucoviscidose). Le remplissage régulier du logiciel de traçage de l'activité, le PMSI⁶⁵⁹, est pointé du doigt dans cette genèse. Peu rempli par Elodie, il a alors mis en évidence une « productivité » insuffisante. Il semblerait⁶⁶⁰ qu'elle ait coté moins d'actes

⁶⁵⁶ Sur la montée de l'instrument comptable dans la gestion des pratiques, qui sera analysée au chapitre 3 à travers le cas de la régulation démographique, lire Fabrice BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, Paris, Belles lettres, 2014.

⁶⁵⁷ En réalité il semble ne pas y avoir de lien direct entre mesure des ordonnances rédigées et mesure des actes cotés par les kinésithérapeutes au CHU B. Il semble donc imaginable, pour un temps, de coter des actes non prescrits. Les kinésithérapeutes peuvent toutefois ressentir un frein à l'idée de coter des actes « illégaux » car non couverts par une prescription formelle, frein bien plus faible quand il est possible d'évoquer un accord (« ordonnance ») oral.

⁶⁵⁸ Pierre-André JUVEN, « Produire l'information hospitalière: Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7, 4-4, 2013, p. 815 ; Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'Agir., Paris, 2019 ; M. D. GHEORGHIU et F. MOATTY, *L'hôpital en mouvement changements organisationnels et conditions de travail*, *op. cit.*

⁶⁵⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information, qui permet de mesurer l'activité des agents en leur demandant de rentrer eux-mêmes des cotations censées décrire chaque acte réalisé. « *Le PMSI [a] donc une double vocation : donner à l'établissement une visibilité sur son activité ; adosser le financement à la nature et au volume de l'activité* » Robert HOLCMAN, « Chapitre 22. Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) », in *Management hospitalier*, Paris, Dunod, 2017, p. 623-637, p. 623.

⁶⁶⁰ La mesure comptable des actes a cette autre propriété de ne pas se contenter de mettre en rapport des chiffres issus d'individus différents dans une logique comparative, mais de permettre aussi d'augmenter l'asymétrie entre le comptable (ici le cadre de service) et les individus soumis à décomptes. Seul le comptable maîtrise ce qui est compté pour chacun, les acteurs sont aveugles face à l'activité des autres. Cela affaiblit la contestation des mesures.

que d'autres kinésithérapeutes de l'hôpital et, à ce titre, ait été réputée moins travailler, donc avoir du temps disponible. Toute la part de travail prudentiel professionnel réalisé n'est pas prise en compte par ces indicateurs, offrant un choix nécessairement restreint entre des actes pré-répertoriés au sein d'une grille. Si des kinésithérapeutes ont participé à l'élaboration de ces répertoires d'actes⁶⁶¹, il n'empêche que le procédé du codage écrase la complexité du réel pour au contraire survaloriser la capacité à s'emparer de ces indicateurs⁶⁶². Cela renvoi, de plus, ces travailleurs à leur place officielle d'exécutants (il n'y a pas de cotations pour les actes ne figurant pas dans leurs licences légales) : le cadre de rééducation, qui ne voit pas Elodie au travail, mesure qu'elle affiche moins d'actes que d'autres kinésithérapeutes, elle doit donc aller en exécuter quelques-uns supplémentaires dans un autre service⁶⁶³. Ce codage de l'activité est évoqué comme une charge nécessaire si elle veut sauvegarder sa mission en néonatalogie, mais aussi un jeu de dupe :

« Ben ça, maintenant, on a pas trop le choix. Il faut justifier de nos actes, vu que la seule visibilité de notre travail, de nos cadres, est la quantité d'actes qu'on va réaliser... On s'oblige à le faire oui (rire). On a pas le choix là (rire) donc on le fait encore plus... De façon plus assidue que jamais. Et puis on essaie d'en mettre un peu plus... Après c'est ça quoi. Nous on met un acte... Normalement c'est ça, normalement, tu as un acte, tu cotes un acte. Tu vas voir un petit, 30 minutes, un acte c'est 30 minutes, tu cotes un acte. Mais on se rend compte que nos chers collègues, quand ils voient un enfant ou un adulte, ils cotent 4 actes donc... Ben en fait... C'est pas possible quoi. Dans d'autres services, ils font ça donc en fait ben... alors on en met deux. En général on met sur un suivi comme ça en néonat... On va mettre... « Séance de rééducation psychomotrice » je crois que ça s'appelle... Un truc dans le genre. Et puis « soutien à la parentalité », tu vois, un truc comme ça. Donc on en met deux... Comme ça et puis... pour se mettre... C'est très malheureux, c'est très triste mais vu qu'ils comptent le nombre d'acte, quand tu as des services ou le kiné il t'en met 4 pour une demi-heure et encore s'il a pas envoyé un stagiaire euh... Nous on a l'air de péquenots à en mettre un... Enfin et du coup on se fait enlever du monde quoi. C'est comme ça qu'on en est venu à être à droite à gauche quoi. »
Entretien avec Elodie, 20/09/2020.

Cette quantification de l'activité n'a de sens que si le cadre est capable de maîtriser la quantité d'activité souhaitable pour le service. Ce qui est irréductiblement en conflit avec le contenu du travail hospitalier et sa complexité inerrante au soin humain. Aussi c'est la mise en concurrence qui sert de repère. Si certains services cotent plus, alors c'est dans les services qui cotent moins qu'il faut réaliser les

⁶⁶¹ Ces actes sont régulièrement mis à jour, l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalisation) établissement public du Ministère de la Santé semble jouer un rôle dans la tenue des répertoires et sollicite des représentants professionnels (syndicats ou sociétés savantes) pour formuler les actes que les travailleurs auront à coter.

⁶⁶² Plus un travailleur s'empare de ces indicateurs et arrive à traduire son travail parmi ceux-ci, plus il est réputé productif. Certains domaines seront alors réputés bon élève : on peut imaginer qu'une rééducation de prothèse : « massage » + « mobilisation/étirements » + « renforcement musculaire » + « application de glace » + « application d'appareil d'électrothérapie » puisse être découpée en de nombreux termes et actes distincts, identifiables, cotables et mesurables. A l'inverse l'observation d'un bébé et sa stimulation motrice peuvent être plus variables, moins protocolisables et segmentées en actions distinctes, et donc plus rebelles à leur codification et leur mesure. Cela met simplement en lumière l'aporie de la mise en équivalence promise pas ces cotations hospitalières.

⁶⁶³ Non enquêté ici, il est possible que le cadre de rééducation soit lui-même comparé (via la productivité de « ses » travailleurs ?) à d'autres cadres, d'autres domaines, d'autres services, et, de ce fait, poussé à augmenter ses indicateurs.

« ajustements ». En creux, apparaît alors la faiblesse de la procédure qui au lieu de comprendre le travail produit érige la moyenne en idéal à atteindre. Les kinésithérapeutes cotant moins doivent coter plus pour se rapprocher des autres. L'utilisation de « péquenots » pour s'auto-désigner comme dindons de la farce est illustrative : il y a un jeu, avec des règles et des savoir-faire pour en être gagnant. Les « péquenots » sont alors les kinésithérapeutes n'ayant pas su apprendre les règles du jeu et qui sont les perdants de la non maîtrise des codes administratifs. La bonne réalisation du travail ne suffit plus pour être reconnu, il faut aussi maîtriser le logiciel de codage : trouver des actes⁶⁶⁴ et coter plus, dans une course entre travailleurs.

Cette quantification de l'exercice est associée à une gestion managériale des équipes et des personnels comme interchangeable⁶⁶⁵. Ce sont ces conséquences qui sont durement vécues par Elodie. Alors qu'elle travaille sur un temps long pour créer sa place dans la hiérarchie de la néonatalogie, pour affirmer son travail professionnel et rendre plus robuste ses prestations, elle se voit ramenée au rang de nom sur une liste qui peut être envoyé du jour au lendemain effectuer des actes ailleurs :

« Alors je sais pas, ils ont des problèmes, peut-être, avec les gens d'en haut qui leurs mettent la pression ou quoi, mais c'est catastrophique. C'est un encadrement mais... C'est cata, cata. Le mec [son cadre de rééducation], il envoie un mail en disant : « alors machin, machin, vous allez être déplacés, vous allez faire ça, machin, machin, vous allez faire ça ». Voilà. Donc il t'envoie la bombe. Forcément. Et puis, deux jours après, il se pointe et il te dit « alors c'est bon ça va ? » C'est pas possible. Il te parle pas. Il parle pas. Il t'envoie un mail. Mais il te parle pas. C'est... Comme ça. »

Entretien avec Elodie, 20/09/2020.

Dans ces conditions de contrôle du travail, de sous-entendu d'oisiveté et de déplacement des personnels au gré des manques, la gestion à distance de l'affectation rajoute un sentiment d'humiliation. C'est par le codage que le manager (le cadre de santé) estime qu'Elodie a du temps de travail disponible. C'est par le mécanisme de gestion d'un « pool » de personnels à sa disposition qu'il choisit de redistribuer les heures de travail dans des services (où il y aura des cotations à faire). Enfin, c'est toujours à distance qu'il redistribue le travail, en envoyant un mail informant de la nouvelle affectation⁶⁶⁶. L'organisation hospitalière du travail, singulièrement pour les paramédicaux, nie intégralement toute prétention au professionnalisme de ses « agents ». Ils sont tout à fait interchangeables du jour au lendemain, effecteurs de tâches techniques répétitives, codifiables et standardisables, ne nécessitant aucun savoir-faire

⁶⁶⁴ Ce système tient autour du fait que, malgré les critiques, les acteurs cherchent à optimiser leurs cotations à travers des actes qu'ils jugent « crédibles » au vu de leur travail. Elodie ne prend ainsi pas le parti de coter n'importe quoi, elle cherche les cotations qui lui semblent évoquer son travail. Même si elle ne semble dégager que deux formulations « séance de rééducation psychomotrice » et « soutien à la parentalité » au lieu des quatre cotations que des kinésithérapeutes d'autres services semblent effectuer, elle ne se résout pas à transgresser sa vision de son travail pour coter des actes selon des formulations qui lui semblent trop inadéquates.

⁶⁶⁵ P.-A. JUVEN, F. PIERRU et F. VINCENT, *La casse du siècle*, op. cit.

⁶⁶⁶ Le rôle des indicateurs et du distanciel dans ce management font échos à la description des managers de Marie-Anne Dujarier. La nuance existante ici est sur la notion de « planneurs », sans doute sévère pour des cadres souvent issus des rangs hospitaliers locaux (mais pas toujours) et de l'activité de soin (mais pas toujours) qu'ils tentent d'encadrer. Marie-Anne DUJARIER, *Le management désincarné: enquête sur les nouveaux cadres du travail*, 2017.

empiriquement et temporellement constitué⁶⁶⁷. Ces politiques managériales fragilisent les possibilités d'autonomie des acteurs les plus faibles, bien que ceux-ci continuent, pour un temps, à se conformer à leur vision de leur mission en trouvant des marges de manœuvre dans leur univers (les multi-cotations)⁶⁶⁸.

La position écologique fragile et la dévalorisation du travail prudentiel réalisé par les kinésithérapeutes hospitaliers ne sont pas sans conséquences à l'heure de la rationalisation de l'hôpital. L'invisibilité de leurs attributs professionnels tend à les renvoyer à une gestion managériale standardisée, telle qu'elle est prévue pour les travailleurs techniciens de cette nouvelle usine à soin⁶⁶⁹.

Finalement le travail du kinésithérapeute hospitalier se place sous une double contrainte : administrative et médicale. Administrative car la quantification du travail et l'interchangeabilité des travailleurs aux ordres d'une hiérarchie les renvoient à l'organisation bureaucratique du travail, en opposition paradigmatique avec l'organisation professionnelle du travail vers laquelle ils peuvent tendre. Médicale car l'hôpital est le lieu historique de construction du savoir médical et de son hégémonie sur la santé⁶⁷⁰. Le soin hospitalier par des non médecins ne se fait donc que sur dérogation, avec des instruments autorisés et délaissés par la profession dominante. Les kinésithérapeutes, par un positionnement sur un domaine du soin particulier, arrivent toutefois à se ménager une position écologique particulière, pas tout à fait pairs mais pas tout à fait auxiliaires (sauf, peut-être, lors de la réaffirmation de la tutelle médicale directe des médecins MPR). Ils peuvent alors développer un travail à forte nuance professionnelle, bien que dévalué par un savoir qu'ils doivent en partie emprunter à la médecine et des thérapeutiques là encore sous la contrainte de la profession dominante. Ils sont alors maintenus dans des soins non vitaux, coûteux temporellement, et à l'efficacité peu quantifiée. Cette position en tension entre les contraintes réalistes sur l'activité et les aspirations des kinésithérapeutes à contrôler leur domaine du soin peut expliquer le désintérêt massif de ces travailleurs pour le milieu hospitalier. Ainsi l'hôpital peine à attirer les kinésithérapeutes. Si le nombre de postes vacants est difficile à estimer (les postes ne sont plus fléchés selon la Direction générale de l'offre de soin -DGOS- du Ministère de la Santé, et ils peuvent être réattribués à d'autres métiers de la rééducation), un chiffre plus fiable est la durée de vacance des postes de kinésithérapeutes mis au concours : ils le sont à 80% plus de 60 jours, ce qui en ferait le métier le plus difficile à pourvoir à l'hôpital⁶⁷¹. Les migrations européennes atténuent pour partie

⁶⁶⁷ Samia Benallah et Jean Paul Domin documentent ces composantes d'augmentation d'intensité et de pénibilité du travail hospitalier sur la période récente. Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital: Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et emploi*, 152, 2017, p. 5-31.

⁶⁶⁸ Les nécessaires limites du travail d'enquête n'ont pas permis de connaître la position des cadres de proximité. Or il y a ici un enjeu, dans la mesure où la plupart des cadres de rééducation restent issus du corps des rééducateurs. A ce titre ils ont sans doute une mémoire de leurs positions d'acteurs soignants et de leurs vellétés, qui peuvent rentrer en contradiction avec leur management.

⁶⁶⁹ P.-A. JUVEN, F. PIERRU et F. VINCENT, *La casse du siècle*, op. cit.

⁶⁷⁰ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, op. cit.

⁶⁷¹ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

le phénomène, les étrangers qui entrent sur le marché du travail français choisissant volontiers le salariat dont les conditions d'exercice sont plus aisées à envisager en l'absence de connaissance du système de santé français. La DREES relève ainsi que 32% des diplômés à l'étranger débutent par le salariat, contre 13% des diplômés en France⁶⁷². Il est possible que ces travailleurs étrangers, originaires de pays où la place des kinésithérapeutes dans l'espace de la santé est plus dominée, s'accommodent mieux de cette double tutelle médicale et administrative (ce que semble illustrer la position technique d'Eduardo au CHU B). Ce poids des étrangers dans le système hospitalier français est d'ailleurs sans doute minoré car, parmi ces diplômés à l'étranger, les français ne sont pas distingués. Malgré l'absence de chiffres nationaux, lors de cette enquête, les 14 kinésithérapeutes étrangers exerçant en France que j'ai pu rencontrer ont tous débuté (mais ne sont pas tous restés) par le salariat (hôpital, mais aussi cliniques privées et thermes). A l'inverse, en dehors de stages d'équivalences, 11 français diplômés à l'étranger sur les 15 rencontrés ont démarré par le libéral. Les trajectoires des français formés à l'étranger semblent donc bien distinctes de celle des étrangers. L'hôpital semble ainsi faiblement attractif pour les français, quelle que soit leur origine de diplôme (ce point sera discuté au chapitre 6). Le travail hospitalier tel qu'il existe actuellement ne correspond souvent pas aux attentes de ces kinésithérapeutes. La majorité se tourne alors vers le libéral, où le système conventionnel français assure une solvabilité d'une majorité des patients et sécurise ainsi l'exercice. Le travail se déroule alors dans un cadre administratif un peu plus lâche et avec une tutelle médicale à distance⁶⁷³.

Section 2 : le travail en cabinet libéral, un travail prudentiel dévalorisé

L'activité libérale est majoritaire chez les kinésithérapeutes. Il s'agit d'un travail qui s'établit le plus souvent à l'écart du regard médical (bien que les politiques publiques en faveur des regroupements des métiers de santé au sein de structures coordonnées puissent changer la donne). Cette distance au médecin favorise une autonomie de fait dans l'application des thérapeutiques, en accentuant l'écart toujours présent entre le prescrit et le réel. Mais au-delà d'un choix dans des techniques autorisées, la relation au patient en l'absence de médecin confronte les kinésithérapeutes à l'incertitude liée à la maladie. Ils sont alors amenés à établir des jugements et à les réajuster en fonction des résultats thérapeutiques. Alors que les médecins voient les patients de manière espacée, les kinésithérapeutes réalisent des suites de séances

⁶⁷² Christelle MILLIEN, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *DRESS Etudes et résultats*, 1075, 2018, p. 6.

⁶⁷³ Ces deux caractéristiques n'épuisent pas la question de la désaffectation hospitalière. D'autres critères d'attractivité peuvent être cités, comme une meilleure maîtrise de l'emploi du temps en libéral et des revenus globalement plus élevés. Néanmoins les thématiques de l'autonomie (vis-à-vis des médecins et de l'encadrement) sont clairement reprises par les acteurs pour expliquer leurs choix, alors que le revenu, à l'inverse, est parfois jugé comparable « au taux horaire », c'est-à-dire pour un travail limité à 35 heures en libéral. De manière générale, l'attractivité de l'activité semble suivre, pour les kinésithérapeutes, le gradient de professionnalisme qui s'en dégage, d'où l'intérêt de centrer la recherche sur le lien à la corporation médicale et au cadre administratif (les revenus et la liberté d'organisation suivent, par ailleurs, souvent ce gradient de professionnalisme).

rapprochées. Apparaît alors une tension entre un médecin dont la rencontre est rare, précieuse, signifiant sa position dominante et des rencontres plus fréquentes avec le kinésithérapeute, qui rappellent que son temps a une valeur moindre tout en lui donnant des armes pour réajuster plus fréquemment ses diagnostics et faire entendre ses propositions aux patients.

Après avoir analysé l'évolution globale d'une activité dans un cabinet spécialisé en pédiatrie, deux situations seront proposées à l'analyse : d'une part, la pratique d'un bilan, moment d'établissement d'un diagnostic du kinésithérapeute sur l'état moteur d'un enfant et, d'autre part, l'analyse d'une séance proposant des exercices thérapeutiques à une petite fille. Il s'agira alors de discuter la part de pratique prudentielle dans le travail des kinésithérapeutes, en prenant en compte leur contexte d'exercice.

a) Une activité en augmentation, entre réarrangements interprofessionnels et investissement dans le diagnostic

Le cabinet où se sont déroulées les observations du travail des kinésithérapeutes est mon propre cabinet. L'un des premiers axes d'analyse consiste alors à noter que sur 10 ans, son activité a augmenté, signalant sans doute une demande de soin plus importante mais aussi un changement du travail des kinésithérapeutes.

Présentation du cabinet

L'investigation s'est faite par observation sur l'année scolaire 2019-2020, à des moments dédiés (1 journée à 1 journée et demi par semaine y ont été consacrés) en sus de mes moments d'exercice (1 journée et demi par semaine). Ce travail a donné lieu à des prises de notes très descriptives (faits et gestes, paroles etc) sur fichier informatique. Ces observations ont été menées en relation avec la littérature de la sociologie des professions, notamment la proposition de Florent Champy qui pointe des caractéristiques prudentielles dans le travail. Il s'est agi d'observer mes collègues au travail et de retrouver ou infirmer la présence de pratiques prudentielles. Si l'ensemble du travail d'observation soutient l'analyse par la réflexivité qu'il a imposé⁶⁷⁴, deux séances ont été retenues plus spécifiquement pour incarner les situations de bilan et de traitement.

Le cabinet est situé dans une grande ville du sud de la France, plutôt pauvre⁶⁷⁵. Elle comporte des structures universitaires dont une faculté de médecine et un CHU, mais pas d'IFMK. Il s'agit globalement d'une ville attractive, de par sa localisation géographique dans le sud de la France, mais

⁶⁷⁴ Il n'est pas forcément aisé de séparer la réflexivité immédiate, devant les situations en cours de déroulement et la réflexivité ultérieure, à la lecture des notes puis durant la phase de rédaction. L'intention toutefois était d'être le plus descriptif possible durant les sessions d'observations et de tenter des analyses réflexives par la suite.

⁶⁷⁵ Le taux de chômage (au sens du recensement INSEE 2017) y est de 21,8%, contre 13,9% au niveau national, le taux de pauvreté y est de 28% (INSEE 2017), le revenu médian « par unité de consommation » y est de 17 390 euros contre 21 415 euros à l'échelle nationale.

sans être une des grandes métropoles françaises. Il s'agit d'un cabinet spécialisé en pédiatrie (84% de patients de moins de 16 ans en 2019)⁶⁷⁶. Le local où s'exerce cette activité est situé en périphérie immédiate du centre historique. Il est dans cet espace d'entre-deux entre centre-ville et périphérie, dans une « rue-faubourg »⁶⁷⁷ connue, passante et dotée d'arrêts de bus. Cette position particularise la patientèle⁶⁷⁸, avec un fort taux de familles en situations sociales défavorisées, utilisatrices de transports en commun⁶⁷⁹.

Le lieu est à l'image de l'exercice, spécialisé dans la prise en charge des enfants et des handicapés. Les pièces contiennent souvent des jouets, des tables et chaises basses, parfois des plans bas ou des tapis de sol permettant aux enfants de se mouvoir dans des conditions plutôt sécurisées. La salle d'attente contient la photo des kinésithérapeutes avec leur prénom ainsi que des livres et des jeux d'enfants. Les familles sont ainsi prédisposées à accorder un savoir-faire spécifique aux kinésithérapeutes y exerçant : ils semblent avoir l'habitude de recevoir ce type de clientèle. Les locaux anciens et les outils profanes (des jeux pour enfant pour l'essentiel) réduisent par contre la distance au client. Il ne s'agit pas d'un bâtiment médical imposant et aseptisé, les locaux ressemblent à un appartement ancien. L'absence de secrétaire est aussi le signe d'une capacité financière moyenne. Finalement tout se passe comme si ce lieu de soin était effectivement spécialisé et doté, sans doute, d'un savoir-faire, mais sans la distance affichée et le prestige d'un lieu médical.

⁶⁷⁶ La plupart des enfants viennent dans les premiers mois de vie, pour des problèmes de développement moteur (nouveau-nés prématurés, nouveau-nés présentant une trisomie 21, nouveau-nés ayant un retard d'acquisition motrice par rapport à la fourchette habituelle, sans diagnostics précis, nouveau-nés présentant des déformations du crâne ou des troubles de la motricité buccale), d'autres patients sont de jeunes enfants en âge scolaire, présentant des difficultés de motricité du haut du corps (tenue d'objets, précision du geste), des troubles de la marche, des séquelles d'infirmités motrices cérébrales, des troubles autistiques entraînant des postures corporelles ou des déséquilibres légers ou d'autres troubles neuromoteurs rares ou non étiquetés. Ces enfants peuvent être les nourrissons qui ont grandi ou des enfants arrivés plus tard. Ils ont comme point commun une rééducation neuromotrice, parfois proche de la rééducation psychomotrice.

Plus épisodiquement sont reçus des enfants avec des problèmes respiratoires aigus (bronchiolites), des maladies génétiques (myasthénies, myopathies), quelques déformations des pieds des bébés (pieds bots varus équins), des scoliooses et des fractures graves infantiles.

Enfin, le cabinet reçoit 10% d'adultes entre 16 et 59 ans et 5% de plus de 60 ans. Il s'agit essentiellement d'enfants handicapés devenus grands (l'associé le plus ancien du cabinet y est depuis 20 ans et a repris un cabinet neuro-pédiatrique déjà existant), ainsi que de quelques amis des kinésithérapeutes exerçants, venant de manière très occasionnelle.

⁶⁷⁷ Antoine FLEURY, « De la rue-faubourg à la rue « branchée » : Oberkampf ou l'émergence d'une centralité des loisirs à Paris », *Espace géographique*, 32-3, 2003, p. 239.

⁶⁷⁸ Sans entrer dans des prétentions inutiles en matière de désintéressement qui prendrait le dessus sur le gain commerçant, le terme indigène de « patientèle » est ici mobilisé, sans qu'il n'interdise l'utilisation alternative de « clientèle » ou de « client ».

⁶⁷⁹ Nous sommes ainsi identifiés comme un cabinet prenant en charge les enfants de familles en situation difficile par les services de Protection Maternelle et Infantile, les PMI (pour une description du travail des PMI lire Pierre SUESSER, *Quelle PMI demain?: dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités loc*, Toulouse, Erès, 2012.), qui contribuent à nous envoyer des enfants. Ces PMI disposent de peu de moyens humains et renvoient ainsi sur nous une grande partie des enfants nécessitant des soins de rééducation. Ainsi, en 2019, 34% de nos patients étaient bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle), contre 5,8% pour la moyenne des kinésithérapeutes de la région (source SNIR, Système National Inter Régime, qui comptabilise tous les actes conventionnés facturés).

Avant 2000, le cabinet de pédiatrie existait à une autre adresse. Un kinésithérapeute homme, Jean, y exerçait seul. Malade durant ses dernières années d'exercice, il a pris un remplaçant en 2000, que nous appellerons Paul. Celui-ci avait une trentaine d'année, deux enfants, une conjointe professeure des écoles et arrivait d'Ile de France, en quête de plus d'espace. Issu d'une famille aisée (Orléanaise et Bretonne, éducation en Ile de France), traditionaliste, avec un père haut gradé dans l'armée, il avait fait ses études à Paris dans un IFMK public. Paul finit par reprendre la clientèle de son prédécesseur et s'installe à l'adresse actuelle. La participation régulière aux échanges pluridisciplinaires le fait connaître du réseau de prescripteurs, en attente de rééducateurs de confiance en libéral, et la demande augmente. Aussi à partir de 2009, Paul propose une collaboration pour partager le travail, qu'il peine à assumer seul. La même année ma conjointe (professeure des écoles) est affectée dans ce département à l'issue du concours et je répons à l'offre de Paul avant de le rejoindre fin 2009 après un remplacement durant les vacances⁶⁸⁰. Notre entente est bonne et si, dans un premier temps, Paul s'est « déchargé » d'une partie de ses patients sur moi, pour augmenter son temps libre, au bout de quelques années nos emplois du temps sont à nouveau pleins et nous rencontrons des difficultés à répondre à la demande. Aussi, après nous être associés en 2012⁶⁸¹, les effectifs s'accroissent d'une kinésithérapeute supplémentaire, Cristina, à partir de 2015. Cristina est une kinésithérapeute portugaise, en France depuis 3 ans. Celle-ci est issue d'un milieu plutôt populaire (père employé, mère commerçante) et est venue en France à l'issue de son diplôme, partagée entre désir d'explorer d'autres pays et envie de rejoindre un marché du travail plus florissant. Elle nous rejoint attirée par la spécialité pédiatrique qu'elle souhaite investir. Rapidement la charge de travail réaugmente alors que dans le même temps Cristina, âgée de 27 ans au moment de son arrivée, aura deux maternités entre 2015 et 2020. Celles-ci seront des occasions d'accueillir des remplaçantes dont l'une, Esther, rejoindra finalement le cabinet comme 4^{ème} kinésithérapeute.

⁶⁸⁰ L'analyse de mes motivations propres à aller vers cet exercice est difficile à faire. Parmi les éléments qui ont sans doute joué, il doit y avoir l'envie de quitter le salariat, des expériences en CHU et en IME (Institut Médico-Educatif) m'avaient laissé insatisfait quant à la marge de manœuvre et la possibilité de monter des projets. Cette aspiration à une absence de « chef » en libéral (quoique l'Assurance Maladie puisse jouer ce rôle, mais de façon plus diffus) n'excluait pas la recherche d'un emploi du temps conciliable avec d'autres activités (la pédiatrie étant une spécialité où les rendez-vous en soirée sont rares) et la volonté d'augmenter en compétence et en efficacité en me centrant sur un domaine d'exercice particulier. Ces éléments entrent fatalement en résonance avec les fils tirés dans cette analyse sociologique. Il est, de fait, certain que la partialité du chercheur, malgré les efforts réflexifs, influence l'axe d'analyse. Cependant, si, pour reprendre Howard Becker, « *la sociologie bien comprise vise plutôt à approfondir la compréhension des phénomènes que beaucoup connaissent déjà* » (David LE BRETON, « Avoir question à tout : les sciences sociales », *Revue du MAUSS*, 30-2, 2007, p. 470.), alors le fait d'avoir vécu ces phénomènes intimement n'est pas un obstacle, à condition d'être capable de s'en détacher et de les nuancer, pour parvenir à une analyse rigoureuse des mécanismes sociaux sous-jacents. Le processus de déconstruction de la question « la kinésithérapie est-elle une profession ? » pour travailler sur la façon dont la kinésithérapie interroge la sociologie des professions est un des procédés qui a permis une mise à distance de l'objet.

⁶⁸¹ Le régime de la collaboration (mon régime à mon arrivé dans ce cabinet) consiste à reverser un pourcentage de son chiffre d'affaires (20 à 30%) afin de participer aux frais du cabinet. Une fois associé, le kinésithérapeute ne verse plus de rétrocession au « titulaire » mais participe au prorata aux frais de la Société Civile de Moyen, société support du cabinet de kinésithérapie. La collaboration est très souple : on peut partir facilement. L'association permet à l'inverse de participer plus étroitement aux choix du cabinet : quel matériel acheter, quels travaux engager... Et de choisir si l'on accepte d'autres collaborateurs ou associés.

Celle-ci est française, fille de commerçants, ayant fait ses études en Belgique avant de revenir dans sa ville d'origine, où nous sommes, dans un cabinet généraliste. Attirée par la rééducation pédiatrique, elle a tenté de développer ce type de patientèle au sein de celui-ci mais sans succès, de par la difficulté à se faire connaître des prescripteurs spécialisés et à « annexer » une partie du cabinet pour la modifier en fonction des nécessités matérielles de la pédiatrie (jeux, tapis, surface protégées etc). Après un arrêt maternité (son second), elle décide de ne pas reprendre dans son cabinet généraliste et nous rejoint d'abord comme remplaçante avant de rester comme collaboratrice.

Enfin, à la rentrée 2020, une 5^{ème} kinésithérapeute nous rejoint, Fanny. Cette fois-ci, il ne s'agit pas d'une recherche directe de notre part mais plus d'un mutuel intérêt. Fanny est une jeune femme de 23 ans, originaire de la région (parents cadres supérieurs) et qui a fait ses études dans l'IFMK de celle-ci. Lors de sa 3^{ème} année d'école⁶⁸², elle a effectué un stage dans notre cabinet et nous avons gardé contact pour la réalisation de son mémoire de fin d'études, portant sur une analyse qualitative des soins de rééducation pédiatrique. A l'issue de son diplôme, nous avons donc convenu d'une collaboration, pour elle, « pour se perfectionner » en pédiatrie, et, pour nous, pour pouvoir alléger nos emplois du temps et pouvoir régulièrement nous absenter du cabinet en ayant une kinésithérapeute à qui confier les enfants. Dans son cas, c'est clairement notre interconnaissance, le capital social développé à travers son cursus dans la région, qui a été à l'origine de son intégration.

Il est à noter qu'un second cabinet de kinésithérapie pédiatrique existe dans la même ville, composé de 4 femmes kinésithérapeutes, avec qui la collaboration est fréquente (réseau commun de prescripteurs, suivi commun de certains enfants). Les kinésithérapeutes pédiatriques de la ville montrent un partage genré à relier à la spécialité : 7 femmes et 2 hommes⁶⁸³. En 10 ans nous sommes passés de 1 à 5 praticiens et le second cabinet de 2 à 4. L'activité n'a pas augmenté tout à fait dans les mêmes proportions : dans notre cabinet, si au cours de l'année 2010, à 2 praticiens hommes nous avons réalisé 6183 séances de kinésithérapie dans l'année, en 2019, à 4 praticiens, dont 2 femmes (et un homme en thèse), nous avons réalisé 9171 séances. L'augmentation reste conséquente sur 9 ans, mais d'une ampleur plus mesurée que l'augmentation numérique du nombre de praticiens⁶⁸⁴.

⁶⁸² 3^{ème} année d'école ou K3 signifiant 3^{ème} année en cursus de kinésithérapie, abstraction faite de l'année de PACES (ou biologie ou STAPS) obligatoire. C'est cette numération que nous retiendrons dans cette thèse sauf indication contraire. Elle s'oppose à l'adoption durant l'année 2019-2020 par la FNEK, reprise par des enseignants français, de K2-K3-K4-K5 pour les quatre promotions intra écoles, qui prennent en compte l'année universitaire de sélection. Quand les interlocuteurs utiliseront cette « nouvelle » numération elle sera précisée.

⁶⁸³ Il existe une endogamie importante. 6 de ces femmes sont mariées ou vivent avec des kinésithérapeutes (dont deux kinésithérapeutes ostéopathes), les 2 hommes vivant, eux, avec 2 institutrices (la dernière kinésithérapeute est plus jeune, elle est en couple actuellement avec un diplômé de STAPS cherchant un poste au sein des armées). Outre les facteurs d'appariement par classes sociales similaires (professions intermédiaires-supérieures), la socialisation au sein de cursus de kinésithérapie fonctionnant en silo (peu de passerelles, un cursus débouchant sur un titre unique, des étudiants restant donc dans un même groupe plusieurs années) explique cet état de fait.

⁶⁸⁴ Cette différence entre augmentation du nombre de praticiens et du nombre de séances est à relier aux modifications sociales plus générales soulignées dans le milieu de la santé : féminisation et séparation plus importante entre vie privée et vie professionnelle. Voir notamment N. LAPEYRE et N. LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », art. cit.

Augmentation de l'activité et glissement de mission dans le travail

Cette croissance de l'activité est une conséquence d'une réorganisation du travail intrinsèque au groupe des kinésithérapeutes via un procédé de spécialisation, d'un phénomène intrinsèque au champ médical avec un glissement de tâches entre médecins et kinésithérapeutes et enfin d'une majoration de la demande de soin dans un paradigme de société du risque qui encourage les phénomènes précédents. Ces trois phénomènes alimentent la professionnalisation du groupe des kinésithérapeutes : la spécialisation permet un gain d'expertise dans un domaine du soin, face au groupe dominant des médecins. Elle favorise la délégation de tâches diagnostiques des médecins vers les kinésithérapeutes : la complexification des prises en charge des problématiques motrices demande des expertises de plus en plus grandes. Certains médecins peuvent alors préférer déléguer et faire confiance à des kinésithérapeutes spécialisés plutôt qu'investir eux-mêmes ces problématiques. Le paradigme de société du risque d'Ulrich Beck⁶⁸⁵ peut alors être mobilisé pour rendre compte de ces complexifications toutes azimuts du soin qui expliquent l'augmentation d'activité médicale et kinésithérapique et la répartition nouvelle négociée pour y répondre.

Une spécialisation intrinsèque au groupe des kinésithérapeutes : la montée de l'expertise

Il existe un phénomène accru de prise en charge rééducative des enfants dans un contexte spécialisé plutôt que généraliste.

Lors des sessions d'observation au CHU B en janvier et février 2018, j'ai pu suivre des pédiatres lors de consultations hospitalières de suivi. Ces consultations concernaient des enfants nés au CHU avec des troubles, notamment liés à la prématurité (mais aussi la trisomie 21 ou autres problèmes génétiques). Une part importante de ces enfants réalisait déjà des séances de kinésithérapie de développement précoce. Or, lors des 3 journées consacrées au suivi de ces consultations, seul un enfant n'était pas suivi en cabinet de kinésithérapie spécialisé (il s'agissait alors d'un cabinet dans le village de la famille, où la maman suivait une rééducation pour elle en parallèle). Si le compte total des enfants avec prescription n'a pas été tenu et qu'il n'y a pas là de données longitudinales, cela accrédite néanmoins le constat d'un réel fléchage actuel vers les cabinets spécialisés.

Ainsi les médecins adressent plus volontiers leurs patients à des kinésithérapeutes spécialisés de leur connaissance. Cette réalité est pour partie accompagnée par les réseaux de soin. Ainsi, en 2009, a été créé un réseau régional de soins périnataux⁶⁸⁶. Il a pour but de créer un suivi entre ville et hôpital mais aussi entre les différents acteurs de santé. Si la domination médicale s'y fait toujours ressentir (le président du réseau est médecin, les médecins-coordonateurs sont les pilotes effectifs de celui-ci) on

⁶⁸⁵ U. BECK, *La société du risque, op. cit.*

⁶⁸⁶ Il a un statut associatif et est conventionné avec l'ARS.

retrouve cependant deux puéricultrices et une kinésithérapeute au sein de son bureau. Ce réseau a grandement contribué à l'identification des acteurs non médecins prenant en charge des nouveau-nés et à orienter préférentiellement les familles vers ceux-ci.

De plus, l'échange de patients identifié par Patrick Castel chez les médecins ⁶⁸⁷ est valable aussi chez les kinésithérapeutes entre eux malgré la prescription médicale. En effet, dans les cabinets de rééducation spécialisés, les soins généralistes ne sont pas pris en charge. Aussi, lors de leurs appels, ces patients sont renvoyés vers d'autres cabinets, identifiés comme non concurrents. A l'image du don-contre don, il est possible en retour de recevoir les cas « spéciaux » que constituent des pathologies neuro-pédiatriques pour des cabinets généralistes (ou spécialisés dans d'autres domaines).

Des experts du traitement du mouvement peuvent proposer leurs diagnostics

Si des situations d'expertises sont ainsi favorisées et reconnues, celles-ci ne se cantonnent alors pas à la partie thérapeutique du soin, place officielle des auxiliaires, traitant les patients au service des médecins et de leurs diagnostics⁶⁸⁸. La connaissance fine des thérapeutiques favorise le développement d'une expertise diagnostique et pronostique.

Dans le cas de la néonatalogie, le diagnostic d'une possible Infirmité Motrice Cérébrale à venir, via l'analyse des Mouvements Généraux (évoqués au chapitre 1), tisse un lien étroit entre le diagnostic (socialement organisé autour du médecin) et la thérapeutique (dans ce cas organisée⁶⁸⁹ par le kinésithérapeute). Le pronostic nécessite bien entendu le premier mais aussi sa révision régulière au cours de la seconde. La compréhension des mouvements spontanés d'un nourrisson nécessite une compétence particulière en lecture de la motricité, qui peut échapper à des pédiatres centrés sur les diagnostics courts et espacés. L'absence de connaissance du contenu du traitement, et donc de faculté à analyser les mouvements pour les modifier rend difficile l'utilisation de cet outil pour ces derniers.

De plus, l'aspect préventif de ces soins aux bébés affaiblit le diagnostic isolé : le patient peut croire momentanément aux affirmations des médecins de possibilité de handicap futur, mais à distance de ceux-ci, et en absence de retentissement gênant pour lui (ou de constat sur le bébé), il peut les mettre en doute. C'est la thérapie qui maintient le patient dans l'état d'incertitude quant à l'éventualité de développer une pathologie (la pathologie va-t-elle se déclarer si j'arrête ?) et qui permet une révision

⁶⁸⁷ Castel (P.), « Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46 (3), 2005.

⁶⁸⁸ Selon Eliot Freidson « toutes les tâches organisées autour du travail de guérison sont ultimement contrôlées par les médecins » E. FREIDSON, *La Profession médicale*, *op. cit.*, p. 48.

⁶⁸⁹ « Organisée » au lieu d'« effectuée » car le kinésithérapeute ne rend pas compte de ses techniques et a progressivement organisé leur évolution indépendamment du médecin, avec une littérature propre (par exemple ici Michèle FORESTIER, *De la naissance aux premiers pas: laissons les bébés bouger*, Toulouse, ERES, 2018 ; M. LE METAYER, *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant*, *op. cit.*), bien que respectant un cadre scientifique médical. Si cette autonomisation sera développée plus en détail au chapitre 4, on peut dès à présent rappeler, à l'appui de ce choix de vocabulaire, la faible part de prescriptions qualitatives dans les ordonnances de rééducations infantiles.

régulière du diagnostic (les mouvements du bébé sont devenus tout à fait normaux, il y a moins de danger). Plus le danger est abstrait, plus le contact soignant régulier est nécessaire à sa prise en compte et plus la proposition thérapeutique prend de l'importance par rapport au moment diagnostique : est-ce que la pathologie semble se préciser ou non. Ce diagnostic est intimement lié à l'évolution du traitement préventif. Les kinésithérapeutes ont donc dans ce nouveau paradigme des atouts vis-à-vis de la profession médicale.

L'augmentation de l'activité du cabinet peut donc être due à une augmentation des soins préventifs et à une progressive légitimation, au sein de la spécialité pédiatrique, dans le domaine diagnostique. Si ce glissement vers ces tâches est difficile à quantifier (les cotations d'actes kinésithérapiques ne sont pas construites en fonction de ces déterminants), il peut être qualifié à travers certaines formulations d'ordonnances reçues.

DIRECTION GENERALE ADJOINTE
DES SOLIDARITES

Consultations Petite Enfance

PROTECTION MATERNELLE ET
INFANTILE

NOM, Prénom :

Cher confrère,

J'ai vu ce jour [REDACTED], 13 mois en consultation
PMI. D'après la maman, [REDACTED] ~~ne~~ sait ~~pas~~ se retourner mais
~~pas~~ s'asseoir seul, il se déplace sur les fesses.
L'examen clinique a été difficile du fait des pleurs, de
l'agitation de [REDACTED]. Nous n'avons rien pu observer.
J'aurais souhaité avoir votre retour sur cet enfant.

Cordialement,

D^r [REDACTED]
Médecin de PMI

Signature et tampon
du Professionnel de santé

N° RPPS :

Figure 8 : photo d'une ordonnance reçue le 17/02/2021

Dans cette ordonnance, le diagnostic du kinésithérapeute ne reste pas à l'état informel. Il est clairement demandé par le médecin (qui souhaite cependant y conserver un rôle par sa demande de « retour »). C'est bien la difficulté à observer efficacement la motricité d'un enfant au cours du temps de consultation médicale qui pousse les médecins à confier une part du diagnostic à leurs auxiliaires.

Une société du risque, augmentation de la demande de soin.

Si les kinésithérapeutes peuvent se poser comme experts d'un domaine spécialisé et que leur œil thérapeutique peut permettre de renouveler et renforcer un diagnostic préalable, cela ne suffit pas à expliquer leur glissement d'une position d'exécutant vers une position de diagnosticien. Ces bébés à risque d'IMC pourraient tout à fait être revus à intervalles très resserrés par des médecins et une sous-spécialité pourrait croire, en l'occurrence la pédiatrie rééducative⁶⁹⁰. Ce n'est pas tellement le cas et une augmentation de la demande de soin⁶⁹¹ supérieure à la démographie médicale explique en partie ce phénomène. A la fois alimentée par le champ médical via la vitalité de sa recherche et par les demandes des patients, l'augmentation des perceptions des risques de santé ouvre des opportunités pour les acteurs. Dans la prise en charge des bébés présentant des mouvements généraux altérés, le duo médecin prescripteur et kinésithérapeute soigne *préventivement*. Ils le font en fonction d'un *danger* de développer une infirmité motrice cérébrale future. En suivant Robert Castel⁶⁹², tous les nouveau-nés prématurés courent un *risque* de développer un trouble moteur, c'est-à-dire que la prématurité est un facteur de risque, objectivable statistiquement sur une population de bébés déterminée par leur moment de naissance : « *la prévention moderne se veut, avant tout, dépistage des risques. Un risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par une personne ou un groupe d'individus, mais de la mise en relation de données générales impersonnelles ou facteurs (de risques) qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables.* »⁶⁹³

Mais tant que le danger moteur découlant de la prématurité restait peu étayé il n'y avait pas de raison de mettre en place des soins de rééducation, tout comme chez Robert Castel les psychiatres ne pouvaient enfermer tous les malades mentaux : « *La "dangerosité" est cette notion mystérieuse, qualité immanente à un sujet, mais dont l'existence reste aléatoire, puisque la preuve objective n'en est jamais donnée que dans l'après-coup de sa réalisation. Ainsi n'y a-t-il déjà à proprement parler que des imputations de dangerosité, et le diagnostic qui l'établit est le résultat d'un calcul de probabilité intuitif dissimulé sous un jugement substantialiste.* »⁶⁹⁴

Les GM (analyse des mouvements généraux, vue au chapitre 1) étayent ce danger et contribuent à sa mise en risque, mais de façon incomplète : la présence de GM altérés signe une augmentation de la possibilité des troubles moteurs futurs⁶⁹⁵ mais la multiplicité des qualités de mouvements constatés (les

⁶⁹⁰ Il existe de fait des médecins qui individuellement s'intéressent de manière fine à ce domaine.

⁶⁹¹ L'augmentation de la demande de soin est difficile à caractériser, il est toutefois possible de se référer à l'augmentation de la dépense de santé pour argumenter en faveur du phénomène. Brigitte DORMONT, *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?*, Rue d'Ulm., Paris, 2009.

⁶⁹² R. CASTEL, « De la dangerosité au risque », art. cit.

⁶⁹³ R. CASTEL, *La gestion des risques*, op. cit, p. 145.

⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 146.

⁶⁹⁵ EINSPIELER, BOS, KRIEBER-TOMANTSCHGER, ALVARADO, BARBOSA, BERTONCELLI, BURGER, CHORNA, DEL SECCO, DEREGNIER, HÜNING, KO, LUCACCIONI, MAEDA, MARCHI, MARTIN, MORGAN, MUTLU, NOGOLOVA, PANSY, PEYTON, POKORNY, PRINSLOO, RICCI, SAINI, SCHEUCHENEGGER, SILVA, SOLOVEICHICK, SPITTLE, TOLDO, UTSCH, VAN ZYL, VIÑALS, WANG, YANG, YARDIMCI-LOKMANOGLU, CIONI, FERRARI, GUZZETTA, et MARSCHIK, « Cerebral Palsy », art. cit ; F. FERRARI, C. PLESSI, L. LUCACCIONI, N. BERTONCELLI, L. BEDETTI, L. ORI, A.

mouvements dits des « fidgety » peuvent être « absents », « anormaux » ou « normaux », les mouvements « withring » peuvent être de type « cramped synchronised », « chaotic », de « poor repertoire » ou « normaux »... voire encore plus raffinés chez certaines auteurs⁶⁹⁶) rend difficile l'obtention d'une occurrence chiffrée dans chaque cas. Or, toujours avec Robert Castel : « *Les nouvelles politiques préventives économisent ce rapport d'immédiateté, parce que ce dont elles traitent, dans un premier temps du moins, ce ne sont pas des individus, mais des facteurs, des corrélations statistiques. Elles déconstruisent ainsi le sujet concret de l'intervention pour le recomposer à partir d'une configuration d'éléments hétérogènes [...] Il s'agit moins d'affronter une situation déjà dangereuse que d'anticiper toutes les figures possibles de l'irruption du danger. Et, ce qui marque ainsi en creux la place du danger, c'est une distance chiffrable par rapport à des normes moyennes* »⁶⁹⁷. C'est-à-dire qu'il y a de la mise en risque, l'idée que cet outil permet de séparer des populations à risque (plus ces bébés ont des GM de mauvaise qualité plus ils font partie d'une population à risque, avec des prédictivités de handicap, pour les plus mauvais bilans, supérieures à 90%⁶⁹⁸), tout en restant sur une explication de type causale plutôt qu'une corrélation statistique : ces mouvements réflexes sont d'abord le témoin d'une mauvaise organisation neuronale⁶⁹⁹. Aussi les GM qualifient un *danger*, mais ne mesurent pas tout à fait un *risque*. La différence tient au fait qu'il s'agit d'un examen qualitatif, bébé par bébé, prenant en compte la sensation de l'examineur, et non d'une catégorisation populationnelle chiffrée (ce qui serait le cas si un nombre de mouvement était relevé, avec une catégorisation des bébés cumulant les risques prématurité + nombre de mouvements inadéquats).

Diagnostiquer un danger de développer une pathologie n'est pas diagnostiquer une pathologie. La différence ne tient pas seulement à l'aspect invisible des signes pour le patient, mais aussi à l'*incertitude* qui contribue à traiter des enfants qui n'ont pas, et qui n'auront *peut-être* pas de pathologie. La qualification de ce danger justifie le soin préventif d'enfants, qu'ils aient un devenir hypothétiquement sain ou pathologique, même si le but du professionnel est la maîtrise de cette incertitude. Les GM conduiront donc à soigner des enfants sains (sans cette évaluation, les parents n'auraient pas constaté d'écart à leur norme) et dont certains seraient restés sains y compris sans les soins (la prédictivité n'est jamais totale, des enfants présentant des mouvements altérés n'ont ensuite pas de troubles moteurs). En cela ce nouveau paradigme du soin a un effet inflationniste sur l'activité, justifiant l'augmentation du

BERARDI, E. DELLA CASA, L. IUGHETTI et R. D'AMICO, « Motor and Postural Patterns Concomitant with General Movements Are Associated with Cerebral Palsy at Term and Fidgety Age in Preterm Infants », art. cit.

⁶⁹⁶ Christa EINSPIELER, Peter B MARSCHIK, Jasmin PANSY, Anna SCHEUCHENEGGER, Magdalena KRIEBER, Hong YANG, Maria K KORNACKA, Edyta ROWINSKA, Marina SOLOVEICHICK et Arend F BOS, « The general movement optimality score: a detailed assessment of general movements during preterm and term age », *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58-4, 2016, p. 361-368.

⁶⁹⁷ R. CASTEL, *La gestion des risques*, op. cit, p. 146.

⁶⁹⁸ A. KWONG, T. FITZGERALD, L. DOYLE, J. CHEONG et A. SPITTLE, « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy : a systematic review », art. cit.

⁶⁹⁹ Heinz F R PRECHTL, Christa EINSPIELER, Giovanni CIONI, Arend F BOS, Fabrizio FERRARI et D SONTHEIMER, « An early marker for neurological deficits after perinatal brain lesions. », *Lancet*, 10-349, 1997, p. 1361-1363.

personnel et la délégation de certaines tâches « nobles » vers des personnels auparavant bien plus dominés.

Dire que les professionnels ont une action normative sur la vie des patients, au nom d'un danger et non d'une pathologie, ne permet pas d'éliminer la demande sociale. Il existe plutôt un dialogue constant entre les professions, leurs missions et la population. Cette proposition semble en adéquation avec les travaux de Patrice Pinell⁷⁰⁰ sur l'aller-retour régulier, dans la lutte contre le cancer, entre demande sociale (la ligue contre le cancer apparaît en 1922) et une demande médicale d'extension qui intègre, pour remplir la mission qui est déléguée à la médecine, des savoirs plutôt extérieurs à la clinique (recherche de laboratoire, prévention). Cette recherche médicale nouvelle est, elle-même, à l'origine d'une préoccupation sociale renouvelée (en faisant sortir le cancer de son statut de maladie incurable). Si certains signes ésotériques (tel l'analyse des GM) permettant de prévenir la maladie ne sont pas accessibles directement aux patients, il n'en demeure pas moins qu'il se développe une conscience de la possibilité de celle-ci (Ulrich Beck en fait même un des moteurs de la société⁷⁰¹). L'ajustement social à ces dangers (parfois quantifiés en risques, mais pas toujours) peut expliquer l'augmentation de recours aux soins. Les soins médicaux sont bien sûr concernés au premier chef, mais les soins de kinésithérapie pédiatrique aussi.

Une part de médicalisation de la société est rendue visible par la demande de réponse face à un autre problème pédiatrique, la plagiocéphalie du nourrisson. Dans ce cas, contrairement aux conséquences de la prématurité, l'altération physique est confirmée, visible, le crâne du bébé est déformé, avec un aplatissement d'une partie, généralement postérieure. La question est moins celle du diagnostic médical que d'une inférence sur cette évolution de la forme du crâne. Des articles dans des « magazines santé » évoquent régulièrement le phénomène⁷⁰², avec leurs lots de conseils de consultations de recours : pédiatres, kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs. Une frange de la population intègre directement ce danger et choisit de le gérer. Cela peut se traduire par des soins avec les rééducateurs déconventionnés (ostéopathes principalement en France) mais aussi par des consultations de kinésithérapie, après négociation d'une ordonnance médicale, voire sans :

J'écoute les messages sur le répondeur, l'un d'eux provient d'une maman qui voudrait un rendez-vous pour son fils qui a « la tête plate ». Elle a vu son médecin qui dit qu'il n'y a pas besoin de kiné, mais sa première fille avait eu ça, elle était venue nous voir et ça l'avait beaucoup soulagé.

⁷⁰⁰ P. PINELL, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, op. cit.

⁷⁰¹ « la société du risque s'exprime [par] la formule suivante : j'ai peur ! La communauté de peur vient se substituer à la communauté de misère » U. BECK, *La société du risque*, op. cit, p. 90.

⁷⁰² « Mon bébé a la tête plate ! » revue Parents, Avril 2018 ; « La plagiocéphalie ou "syndrome des bébés à tête plate" va faire l'objet de recommandations officielles » revue Parents, Aout 2017 ; « Le syndrome des bébés à tête plate reconnu comme une question de santé publique » Santé magazine Aout 2017 ; « Bébé a la tête plate : quelles solutions ? » Santé magazine Mars 2020 ; « Plagiocéphalie : le phénomène inquiète les parents » Top Santé, Avril 2017

Je rappelle la maman. Celle-ci confirme le message laissé, le bébé a 3 mois, elle voudrait venir faire le point pour savoir s'il y a des séances à faire ou non.

Je l'interroge sur l'avis médical. Elle confirme avoir vu son pédiatre qui ne trouve pas les séances nécessaires.

Je précise que sans ordonnance les honoraires des séances seront à sa charge.

Elle acquiesce et précise que si nous trouvons qu'il y a besoin elle obtiendra une ordonnance.

Un rendez-vous lui est donné avec Esther la semaine suivante.

Carnet d'observation, jeudi 20 juillet 2020

Ainsi une sensibilité de la société aux conditions sanitaires peut, en dehors du diagnostic médical, entraîner un recours au soin et une augmentation de l'activité du cabinet de kinésithérapie. Cependant, cette pratique est socialement marquée dans la population : il faut que les parents aient un capital social suffisant pour connaître l'existence du cabinet et sa spécificité⁷⁰³. Le lien de prescription n'inscrit pas directement la kinésithérapie comme un soin de premier recours, au contraire de l'ostéopathie, cependant onéreuse et dont l'émancipation médicale se double d'une image alternative⁷⁰⁴.

Par la conjugaison de phénomènes de ciblage de patientèle, de médicalisation de la société et de réarrangements de la relation médecins-kinésithérapeutes, le cabinet a vu son activité augmenter de manière importante ces 10 dernières années. Cette augmentation n'est pas uniquement quantitative, mais aussi qualitative : les actes réalisés par les kinésithérapeutes évoluent vers plus de diagnostics.

b) Le bilan kinésithérapique, un diagnostic peu visible

Si l'augmentation d'activité est en partie liée à une augmentation des tâches réalisées, avec notamment des démarches diagnostiques, il n'en reste pas moins que ce diagnostic a un statut ambigu. Il n'est pas réellement présenté aux patients avec cette prétention (il ne s'agit pas de nommer le mal) et prend plutôt la forme d'un bilan initiant les séances de rééducation. Il est symbolique à la fois d'un déplacement des kinésithérapeutes vers une position plus professionnelle (le diagnostic est un élément clé pour les professions) mais conserve les traces de la position dominée des kinésithérapeutes.

Présentation de la séance analysée

Plutôt que de tenter un résumé des étapes clés de la rencontre entre patient et kinésithérapeute, au risque d'une perte d'incarnation, il a été choisi de centrer la description sur une séance originale à plusieurs titres : tout d'abord la situation d'observation n'était pas prévue, c'est-à-dire que si, dans la semaine, ma

⁷⁰³ Il serait intéressant de connaître le poids de chaque interlocuteur dans l'interaction médecin-parent devant une plagiocéphalie du nourrisson. Est-on vraiment dans le cas d'un diagnostic médical entraînant une thérapie ou s'agit-il plus, pour le médecin, d'entériner l'inquiétude parentale devant la déformation visible et de lui donner satisfaction en proposant un recours au kinésithérapeute ?

⁷⁰⁴ Albin GUILLAUD, « Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France » Université de Grenoble Alpes, Grenoble, 2020.

venue au cabinet avait parfois pour but de réaliser des journées ou demi-journées d'observations, ce n'était pas le cas cette fois-ci. J'étais au cabinet pour mon exercice et n'avais pas fait attention à ce nouveau bébé, prévu avec mon collègue Paul. De plus, ce bébé venait pour un trouble « de l'oralité ». Ce type de problématique est assez rare au cabinet, et en kinésithérapie libérale de manière générale, où ces problèmes sont parfois renvoyés vers les orthophonistes, qui partagent la compétence (justifié par un soin de la sphère ORL pour les orthophonistes et un soin de tonification musculaire motrice pour les kinésithérapeutes). Il s'est trouvé qu'à ce moment-là le patient que je devais recevoir n'a pas honoré son rendez-vous, ce qui m'a rendu disponible. Lisant dans la pièce servant de bureau, c'est l'énoncé du problème du nourrisson qui a attiré mon attention. En effet, je ne maîtrise pas ce type de soins et, au cabinet, seul Paul s'est spécialement formé à ce type de prise en charge. L'observation avait donc un intérêt spécifique : ma mauvaise connaissance des enjeux sous-jacents à l'examen de Paul (et des « prénotions » associées). Il s'agissait dans le même temps d'une situation où ma présence était naturelle : un kinésithérapeute du cabinet qui fait une pause dans cette pièce avant même l'entrée de la famille (Paul a réalisé l'examen sur le petit plan pour bébé présent dans cette pièce après avoir rempli les papiers au bureau). Le « paradoxe de l'observateur » décrit par Olivier Schwartz⁷⁰⁵, reprenant William Labov, était grandement atténué dans cette situation, laissant entrevoir une interaction peu perturbée par ma présence. Mais, pour autant, je n'étais pas un observateur blasé de la situation, connaissant à l'avance les questions traditionnelles et l'interaction possible.

En dehors des raisons épistémologiques, cette séance s'est révélée être un « cas limite » à plusieurs égards : elle est spécialement longue et axée sur le diagnostic. Elle est donc adaptée pour mettre à jour la part prudentielle de l'activité kinésithérapique. Il s'agit d'un cas non routinier, c'est-à-dire présentant un problème de santé rare, sans diagnostic médical : le médecin constate une difficulté autour de la bouche, sans nommer de maladie (des pistes « *génétiques* » sont suivies, sans plus de précisions). La recherche de facteurs causaux est donc réalisée par Paul dans une démarche faiblement routinisée, à l'inverse des problèmes plus récurrents (prématurés avec schémas d'extension, plagiocéphalies...). Associé à la faiblesse de l'explication médicale pour ce cas, il est compréhensible que le bilan ouvre de nombreuses pistes et conduise Paul à chercher les plus prometteuses pour tenter des inférences par exclusions⁷⁰⁶ : c'est-à-dire qu'il teste le diagnostic le plus probable en proposant le traitement adapté, quitte à le faire évoluer en cas d'échec.

C'est aussi un « cas limite » en termes d'exercice de la kinésithérapie. Comme rappelé au chapitre 1, la kinésithérapie a légalement un champ de compétence sur la rééducation de la sphère ORL et de la déglutition. Néanmoins, c'est un champ partagé avec les orthophonistes, qui disposent elles-aussi d'un secteur libéral conventionné. Et, de fait, nous travaillons régulièrement avec un réseau d'orthophonistes du secteur, y compris occasionnellement dans des séances conjointes. Dans ce cadre, présenter une séance en limite de frontières professionnelles semble intéressant pour décrire le non routinier dans le

⁷⁰⁵ O. SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », art. cit.

⁷⁰⁶ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit., p. 48-52.

travail kinésithérapique : si Paul choisit, dans ce cas limite, de réaliser les soins plutôt que de réadresser l'enfant à une collègue orthophoniste c'est qu'il pense que sa séance sera différente et sans doute, l'espère-t 'il, plus profitable⁷⁰⁷. Chercher les démarcations que Paul met dans son activité avec celle, en grande partie issue de représentations, de l'orthophoniste, permet donc de saisir, derrière l'acte atypique, la culture kinésithérapique du bilan.

Nouveau petit. Paul fait rentrer la maman, d'origine sans doute africaine sur le petit plan en coin.

Une fois la porte refermée nous sommes 4 dans la pièce, Paul debout devant le plan, la maman, à côté du plan, la petite sur celui-ci et moi, de l'autre côté de la pièce, assis avec mon ordinateur⁷⁰⁸.

Paul regarde la petite bouger sur le dos et demande à la maman l'ordonnance et les comptes rendus médicaux. Il y lit que cette petite fille est âgée de 15 jours, il le signale officiellement au bébé « *maman a raison, c'est pas beaucoup [pas très âgé]* » (sans doute ont-ils évoqué ce très bas âge à l'entrée dans la pièce avant que je m'intéresse au cas). En réalité le ton semble adressé à la petite, assez lent, chaud, adapté à la discussion avec un bébé mais le fond est là pour réassurer la maman, il a bien écouté ce qu'elle lui a dit et apprécie la justesse de l'information donnée.

Le ton change et s'adresse directement à la mère :

« *Finalelement ça a été difficile depuis la naissance de l'alimenter car dans le carnet de santé tout part de ça ?*

-oui très difficile »

Tout en continuant à lire le carnet de santé le ton redevient celui destiné à l'enfant :

« *C'est depuis que tu as remis la sonde que tu as pris du poids ?* » [le bébé est nourri par sonde gastrique]

La maman suit bien sûr l'échange et comprend qu'elle est la destinataire de la question, elle acquiesce, confirmant sans doute les commentaires des médecins sur la page du carnet de santé. La page semble explicite sur des difficultés d'alimentation par voie orale car Paul reprend avec un ton « adulte » :

« *Même par la bouche, l'eau ne passe pas ?*

-Même l'eau

-Vous avez d'autres enfants ou c'est le premier.

-J'en ai 4, c'est la 5^{ème} ...

-Vous les avez allaités ?

-Comme avec elle, j'ai commencé tout de suite »

Les questions concernant la fratrie sont un autre point d'ajustement par rapport au patient, elle a d'autres enfants, donc a des points de comparaison empiriques pour juger de la situation. Si le kinésithérapeute a des points de comparaison avec les enfants précédemment rencontrés pour le même problème (ce qui justifie dans ce cas le renvoi vers Paul pour la question « d'oralité »), le fait que la mère ait, elle aussi, une expérience permet d'améliorer la description de l'écart à la norme.

⁷⁰⁷ Cette hypothèse contient les faiblesses des courants fonctionnalistes du milieu du XX^{ème} siècle : abonder dans le sens de la vision altruiste du professionnel, qui choisit d'agir pour le bien de son client et non pour son bénéfice personnel. En dehors de l'attrait financier, qui peut être relativisé par l'activité soutenue du cabinet dans un secteur de concurrence modérée, il est possible que Paul choisisse de prendre en charge ce patient par intérêt intellectuel, pour travailler sur un nouveau type de problème. Dans les deux cas, cela ne semble pas faire obstacle à une analyse de la séance comme illustrative du bilan kinésithérapique, car nécessitant une accentuation des préceptes de la profession pour se démarquer clairement d'une pratique orthophonique.

⁷⁰⁸ Je ne suis pas présenté, ma position du côté du bureau et ma photo dans la salle d'attente m'identifient sans doute comme kinésithérapeute.

D'autres questions portent sur le contexte périnatal, afin d'éclaircir des points notés par les médecins :

« *Donc elle, elle a eu une ventilation parce que ça s'est pas très bien passé ? Elle est née par voie basse ou césarienne ?* »

-Césarienne

-C'était votre première ?

-Non ma 4^{ème} »

Là encore la condition d'accouchement, ici « césarienne », ne semble pas un écart à la norme, la maman ayant déjà vécu ce type de délivrance.

La petite ayant fait ses besoins, Paul s'interrompt pour aller chercher un sac pour jeter la couche souillée que la maman vient de changer. A son retour il reprend :

« *La césarienne était programmée du coup ?* »

Oui »

Je sens qu'il est intrigué par cette oxygénation périnatale, signe d'une souffrance de l'enfant à l'accouchement mais que la maman n'explique pas (et qui ne semble pas justifiée sur le carnet de santé). Néanmoins la maman n'avance ni réponses ni hypothèses de réponse sur la question. Paul recentre alors la discussion sur le problème d'oralité :

« *A partir de quel moment ça a été difficile de la faire manger ?* »

Deux semaines. Ça a été dur de prendre le sein donc je tirais le lait mais c'était difficile donc on a été hospitalisé deux semaines et puis on est ressorti. On a changé le lait parce qu'on pensait que c'était une allergie. Au bout de 10 jours elle a vomi, vomi, et elle a arrêté complètement de manger. Donc on a été hospitalisé, transféré au CHU A et on est sorti avec la sonde.

-*Donc vous avez été hospitalisées au CHU A ?*

-*Presque un mois, deux semaines au CHU B et deux semaines et demi au CHU A*

-*Là vous êtes en HAD ? [sans doute est-ce écrit sur le carnet car ce n'est pas le régime de sortie hospitalière le plus courant]*

-*Depuis qu'on est rentré*

-*Le 18 Juillet [Là encore il semble demander confirmation d'une information lue]*

-*Oui là ça fait deux semaines et demi. C'est moi qui ai demandé à sortir. Avec les autres enfants... C'est avec l'HAD du CHU A. Il y a un infirmier qui vient tous les jours à la maison la peser. »*

Ce sera l'échange le plus long avec la maman. Elle parle français sans problème mais n'est que peu loquace.

Paul se déplace alors de l'histoire de la maladie à son expression motrice, justifiant la prescription de rééducation :

« *J'ai vu qu'elle mettait ses mains à la bouche, est-ce qu'elle met d'autres choses ?* »

Il signale ainsi qu'il n'a pas fait que discuter mais a réalisé un réel bilan moteur au cours de l'échange, ayant observé les mouvements de la petite, et sans doute en ayant provoqué quelques-uns avec ses mains sur l'enfant, bien que celle-ci soit restée essentiellement sur le dos (mais il a provoqué un enroulement plus ou moins prononcé de la tête ou des hanches, a rapproché ou laissé libres les mains de l'enfant).

« *Oui et elle vomit. Répond la maman* »

-*Donc elle est très sensible autour de la bouche. Mais tu es très souriante quand même. Là ça te fait presque 5 mois, c'est ça ?*

-*Oui*

-*Si ça vous embête pas on va commencer par la filmer. Là elle est dans l'âge où on peut observer ses mouvements automatiques. »*

Cette question est en réalité relativement fermée (il n'a jamais été constaté de refus de filmer l'enfant dans le cadre d'un bilan) mais nécessaire devant l'intrusion d'une caméra qui pourrait sembler illégitime. La mère amène sa fille dans un cabinet de kinésithérapie pour faire soigner un problème qui, pour ce qui la concerne, tient en une difficulté à ingérer l'alimentation et à la conserver.

Sans interroger le lien entre ce film et les problèmes oraux de sa fille, ni l'utilisation ultérieure des données ainsi enregistrées, la maman acquiesce.

Durant l'installation de la caméra sur un trépied, Paul continue son interrogatoire général :

« *Il y a des recherches génétiques particulières ?* »

-*C'est toujours en cours. Elle a aussi un souffle cardiaque.* »

S'il prend note ou tire des enseignements de cet interrogatoire Paul n'en laisse rien transparaître. La caméra tourne. Paul profite de l'enregistrement sonore pour classer son futur film, il énonce les principales caractéristiques de la petite, nom, âge, problème, fratrie... Cela sous-entend pour la maman qu'il s'agit d'une pratique routinière, que d'autres bébés sont ainsi catalogués, mais aussi qu'il va y avoir des références ou utilisations ultérieures du film, à un moment où l'identité de sa fille pourra avoir été oubliée du kinésithérapeute. Elle n'émet aucun commentaire.

Paul commente les mouvements du bébé : « *ils sont très mignons* ». Pour connaître la méthode d'analyse des Mouvements Généraux filmés, je sais qu'il ne s'agit pas là d'un commentaire à destination du film : au contraire lors de la lecture de celui-ci le son peut être coupé pour éviter de les entendre. L'analyse est basée sur des visionnages multiples des images, idéalement par plusieurs praticiens sans échanges préalables d'avis, laissant une grande place à leur perception gestaltique⁷⁰⁹. Il s'agit donc d'un commentaire à destination de la maman, pour le coup dans le sens d'une réassurance.

Le bébé semble avoir des mouvements amples de tout le corps et est prêt à se retourner, ce qui permet à Paul de continuer l'échange sur la motricité globale :

« *Elle a envie de se tourner. Elle tourne des fois ?* »

-*Oui.*

-*Est-ce que vous l'avez déjà vu attraper ses pieds ?*

- *Non* »

Le film terminé, Paul manipule un peu la petite fille en la faisant passer alternativement sur le côté, sur le ventre puis assis :

« *Assise elle vomit moins qu'allongée ?* »

-*Non pas spécialement*

-*Pendant le sommeil ?*

-*Non...*

-*Vous l'avez jamais retrouvée avec du vomi à côté ?*

-*Si un peu tous les jours* »

Cet échange introduit un lien entre la motricité générale, sur laquelle Paul s'est concentré, avec le problème d'oralité, justifiant la séance. Sans aller jusqu'à justifier le bilan réalisé, cette formulation de question, et son insistance devant le déni initial de la maman, lui permet d'introduire implicitement l'idée que motricité générale (assis, allongé) et vomissements sont liés.

Il s'engage ensuite sur le terrain médicamenteux, terrain que Christophe Gaubert qualifie de « médical » dans sa thèse : lors de son expérience ethnographique (en famille) d'une séance de kinésithérapie, sa conjointe rejette les conseils médicaux, et Christophe Gaubert y voit le manque de légitimité du kinésithérapeute par rapport au médecin⁷¹⁰.

⁷⁰⁹ La perception gestaltique s'appuie notamment sur les travaux de Kurt Koffler ou Konrad Lorenz LORENZ K, « Gestaltwahrnehmung als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis », *Z Exp Angew Psychol*, 6, 1959, p. 118-165. qui montrent qu'une analyse globale peut être différente d'une somme d'analyse de parties. Ce qui se traduit pour l'analyse des GM par ne pas se focaliser sur des mouvements particuliers d'une ou l'autre des articulations mais de se laisser imprégner par la motricité globale du bébé et être capable d'en évaluer des critères globaux comme la fluidité. V. BELMONTI et G. CIONI, « La motricité spontanée du nouveau-né comme outil diagnostique et son rôle dans la prise en charge précoce », *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35-4, 2014, p. 118-128.

⁷¹⁰ « *Mais devant les réticences de la mère à administrer sans retenue des médicaments à son bébé, expliquant qu'elle n'achèterait pas les fluidifiants avant de consulter le médecin dont elle anticipait l'avis pour le fréquenter depuis plusieurs années, la kinésithérapeute abandonne le registre médical* » C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit, p. 178.

Paul : « *Vous lui avez donné Inexium ou Gaviscon ?* »

La réaction de rejet du kinésithérapeute illégitime ne se produit pas ici et la maman entre dans la discussion du traitement médicamenteux :

La maman : « *Depuis la première hospitalisation, maintenant on donne le double.* »

S'en suit une discussion sur la dose, les premiers médecins avaient donné des doses dites « classiques » mais, devant le manque d'effet, il a été testé de les doubler durant l'hospitalisation, sans effets secondaires notables semble-t-il.

Plusieurs différences expliquent la différence de réponse à cette incursion dans le domaine médicamenteux entre mes observations et celles de Christophe Gaubert : 20 ans de différences séparent les deux expériences, la démocratie sanitaire a sans doute en partie influencé les esprits et on peut supposer que la sacralisation de l'avis médical, y compris sur un cœur de métier comme la prescription médicamenteuse a perdu en force. De plus, ici, Paul ne propose pas un traitement non prescrit par le médecin, il ne se place pas sur un plan de lutte de légitimité avec lui comme dans le cas proposé par Christophe Gaubert (proposition de la kinésithérapeute de prendre des fluidifiants bronchiques pour une bronchiolite, non initialement prescrits par le médecin), ce qui ne place pas la mère en position d'arbitre de deux légitimités.

Enfin, sans que la profession de la conjointe de Christophe Gaubert ne soit explicitée, on peut imaginer qu'elle soit d'une classe sociale relativement similaire, voire supérieure à celle de la kinésithérapeute qu'ils ont rencontré. En tout cas, elle n'a aucun mal à s'opposer à sa thérapeute quand elle la juge illégitime. Juger l'illégitimité présuppose donc une connaissance du domaine de compétence, de ses limites et une part de savoir (ou conviction) suffisamment légitime pour s'opposer aux propositions. Ici, la maman africaine, mère de 5 enfants, venue en consultation en boubous colorés et en difficulté pour transmettre les informations médicales laissent imaginer une asymétrie de situation sociale qui rend moins probable la réaction au positionnement du kinésithérapeute sur un terrain médicamenteux.

Paul continue ses mobilisations de la petite fille, mais elle commence à pleurer.

Il l'assoit et lui dit « *Aujourd'hui je vais rien te faire, calme toi, je vais juste te regarder* »

La double communication est toujours présente, le contenu est adressé à la maman : il ne s'agit pas d'une séance de rééducation, mais d'une séance de bilan, elle ne doit pas s'attendre à voir beaucoup d'exercices, mouvements, manipulations... Autrement dit, il lui précise que ce qu'elle voit ce jour, différent ou non de ce qu'elle imagine d'une séance de soins de kinésithérapie, n'est pas à l'image des séances futures. Il laisse donc entrevoir un contenu différent, sans qu'il ne précise de quoi ces séances seront faites, ni que la mère ne le demande.

La manutention contenue, le son de sa voix et la mobilisation vers la position assise sont destinés à calmer la petite fille. En l'occurrence, hasard ou non, cela marche et la petite s'arrête de pleurer.

Paul passe un peu son doigt sur son visage, effleurant plus particulièrement les zones autour de la bouche.

La petite reste calme, elle ne cherche pas à repousser Paul. Cela me permet de constater d'ailleurs qu'elle ne touche pas non plus à sa sonde naso-gastrique, qui tient à l'aide d'un sparadrap qui va de sa joue à son nez.

Il pose des questions sur les autres enfants (13, 7, 5, 2 ans). Ecoute-t-il vraiment les réponses, ou cherche-t-il à mettre à l'aise la mère, en tout cas il continue son exploration tactile tout en discutant avec celle-ci. Bien qu'elle soit globalement calme et silencieuse tout au long de la séance, cet échange sur la fratrie montre qu'elle n'est pas inquiète de ce que fait Paul, elle échange en riant sur ses enfants, et les difficultés à gérer une telle tribu.

Il semblerait que Paul ne se contente pas de toucher les zones du visage mais qu'il essaie dans le même temps de capter le regard et l'attention du bébé :

« *J'ai l'impression qu'elle voit pas bien, qu'elle force sur ses yeux.*

-*On a rendez-vous le 10 pour la neurologie.*

-*Au CHU B ?*

-*Pour l'instant tout est annulé au CHU B, c'est au CHU A.*

-*L'œil c'est lequel qui est difficile ?*

-*Ça change.* »

Il sépare les comptes rendus médicaux des autres papiers du carnet pour les scanner. Il en profite pour rédiger une note dans le dossier informatique de la petite (note que je me procure ultérieurement).

Sur la fin de la séance, il conclut en donnant des conseils : « *favoriser les situations où elle met les mains à la bouche, la faire changer de position pour qu'elle augmente son tonus, lui proposer des choses comme les doigts à sucer, mais sans insister* » et établit quelques bases du travail futur : « *la prochaine fois on regardera un peu si elle réagit à différentes sensations autour de la bouche* ». Une (petite) initiative est laissée à la maman : « *est-ce que vous avez des questions ?* » En l'occurrence pas de question, la maman se laisse guider sans interroger ou soulever de points autres. Il profite de ce que la maman se soit rapprochée du bureau avec le bébé pour lui proposer de signer l'accord de prise de vue pour l'analyse des GM. L'entête du réseau est bien visible (similaire à celle qu'elle a sur son carnet de réseau, qu'elle a en plus de son carnet de santé). Elle n'émet pas de questions particulières et signe le consentement sans le lire.

Est-ce que la séance de kinésithérapie est conforme à ses attentes ? Elle n'exprime en tout cas pas de désaccord. Il est possible, comme le propose Christophe Gaubert, que sa confiance dans le contenu proposé soit issue de la prescription médicale et qu'elle soit, en quelque sorte, confiante envers Paul par délégation de sa confiance au médecin. Mais il est possible aussi que pour elle Paul soit un « docteur »⁷¹¹ comme un autre.

Enfin l'interaction s'achève par la prise de rendez-vous (la semaine suivante), assez aisée car la maman est disponible (elle dit qu'elle est assistante de vie, mais en congé parental). Il est à supposer qu'elle dispose d'une aide pour la garde des autres enfants, ou que les plus grands gardent les autres (ils ne sont pas venus avec elle au cabinet, ce qui arrive parfois mais tend à être limité depuis la crise Covid).

Note de Paul dans le dossier :

Enfant de 5 mois AR, 4,5 mois AC⁷¹² qui vient pour un trouble alimentaire majeur dans le cadre d'un RGO⁷¹³ massif (cf comptes rendus).

Actuellement en HAD⁷¹⁴ chez elle (habite vers XXX [lieu connu de la ville]) avec sa maman qui la garde (maman assistante de vie en congé parental en raison des problèmes de sa fille).

5^{ème} enfant de la fratrie.

Née à 38 SA par césarienne programmée (4^{ème} césarienne) Agpar à 5 (ventilation pendant 3 mn) au CHU B.

Pdn : 3770/ T 50/ PC 35⁷¹⁵

Porteuse d'une malformation cardiaque, des explorations génétiques sont en cours.

Allaitement mixte dès la naissance, mais difficulté à prendre le sein, donc la maman tirait son lait.

Au début le temps de nourrissage durait 20 mn, et c'est allé jusqu'à 1H de durée.

Puis hospitalisation durant 2 semaines à Y où ils ont soupçonné une APLV⁷¹⁶, et l'ont mis sous Inexium avec chgt de lait.

Puis l'enfant qui vomissait tout le temps selon la maman a fini par refuser de manger et elle a été de nouveau hospitalisée, à la suite de la rupture de la courbe staturopondérale, cette fois-ci à X où tout a été regroupé pour son suivi. Hospitalisée un mois, on a posé une sonde nasogastrique.

Puis la maman a demandé l'HAD. Contacter l'HAD s'ils ne nous appellent pas +++ Et savoir laquelle c'est...

⁷¹¹ Bien que celle-ci n'ait jamais appelé Paul « Docteur » il arrive, dans les familles de milieu populaire, que le titre « Docteur » soit utilisé pour s'adresser aux kinésithérapeutes du cabinet.

⁷¹² AR âge réel, âge à compter de la date de naissance. AC âge corrigé, âge à compter de la date de naissance théorique, c'est-à-dire après 41 semaines d'aménorrhées (SA) chez la mère.

⁷¹³ RGO, reflux gastro-oesophagien.

⁷¹⁴ HAD, Hospitalisation à domicile.

⁷¹⁵ Poids de naissance 3kg 770, taille de 50 cm, périmètre crânien de 35 cm, des valeurs tout à fait « normales ».

⁷¹⁶ APLV, Allergie aux Protéines de Lait de Vache.

Actuellement a repris du poids : 7420 / 68 / 41 à +1DS⁷¹⁷
L'hypothèse est un RGO massif, et une chirurgie est envisagée si le traitement par Inexium qui a été doublé ne suffit toujours pas.
La maman signale qu'elle ne met rien à la bouche, à part ses mains mais qui ne pénètrent pas dans la bouche ou à peine, car sinon elle vomit. Le R. nauséux⁷¹⁸ est donc hyperactif.
Il n'y a pas de difficulté de texture tactilement parlant apparent selon la maman.
La maman dit qu'elle continue à vomir très très souvent, y compris quand elle lui fait passer l'alimentation.
La maman est d'accord pour favoriser la position assise, je pense qu'il faut qu'on apprenne à l'enfant à s'y passer rapidement. Elle se retourne sur le côté droit. Le DV⁷¹⁹ n'a pas été testé ce jour.
En DD⁷²⁰ les mains vont à la bouche. Elle vocalise assez bien, de manière variée. Les MI⁷²¹ se décollent plus rarement mais c'est possible et on voit un petit jeu de contacts pieds tibias.
Réalisation d'une vidéo des GM ce jour à analyser.
Suivie par XX XX en orthophonie, si j'ai bien compris.
Prendre contact avec elle pour réfléchir ce qu'on recherche en oralité pour aller dans le même sens.

Carnet d'observation, séance de Paul le 28/07/2020.

Cette séance bilan réalisée par un kinésithérapeute spécialisé montre à la fois l'autonomie de ces acteurs mais aussi la particularité de leur approche prudentielle : elle nécessite un temps long, pour prendre en considération des signes discrets et elle s'appuie un lexique dépendant de la médecine et mobilisé préférentiellement à l'oral.

Le temps long du diagnostic du kinésithérapeute

Le premier axe d'analyse concerne la gestion du temps. La séance a duré 45 minutes. Cette durée est intéressante par rapport à la durée normale des séances dans le cabinet, qui est de l'ordre de 30 minutes (délai fixé entre deux rendez-vous⁷²²). Paul a donc dépassé le temps imparti, sans y prêter une attention évidente. Ce n'est qu'avec le patient suivant qu'il marquera sa connaissance de l'horaire en s'excusant de son retard. Ce dépassement temporel ne peut être systématique, au risque de déstabiliser l'agenda, même s'il se produit couramment plusieurs fois chaque jour. Un retard est autorisé mais il ne peut pas prendre une ampleur importante, dépassant rarement une demi-heure. Or la maîtrise du temps est un marqueur de domination : le dominant peut faire attendre le dominé. Il est tout à fait courant, en consultation médicale, d'attendre le médecin. Sa visite se mérite, et il y a un certain respect à démontrer

⁷¹⁷ 7kg 420, 68 cm et un périmètre crânien à 41 cm, +1 déviation standard (elle est plutôt légèrement au-dessus des valeurs de son âge)

⁷¹⁸ Réflexe nauséux

⁷¹⁹ DV décubitus ventral, position allongée sur le ventre

⁷²⁰ DD décubitus dorsal, position allongée sur le dos

⁷²¹ MI membres inférieurs

⁷²² Institutionnellement, ce temps est retrouvé dans la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels », c'est-à-dire la base tarifaire de remboursement de l'Assurance Maladie : « *sauf exception la durée des séances est de l'ordre de 30 minutes* ». Il est toutefois difficile de trancher si ce temps est strictement imposé par l'administration ou s'il s'agit d'un entérinement des pratiques des kinésithérapeutes.

en acceptant son retard sans protestation. Ces retards existent chez les kinésithérapeutes, mais l'ampleur permise est limitée.

Cet allongement de la durée de la séance est un révélateur des priorités. Ici Paul prend le temps au cours de ce bilan, marquant par là tout l'intérêt qu'il porte à cet acte, qui à la fois est valorisant, mais aussi engage l'ensemble de sa thérapeutique ultérieure. Il s'agit de prendre en compte toutes les considérations que Paul pense susceptibles d'interagir avec sa prise en charge et de modifier son traitement. Le choix du traitement en fonction de la particularité de ce bébé fait intervenir une notion diagnostique, voire pronostique : ce problème d'oralité est dû à une hypotonie localisée (« *les mouvements globaux sont bons* »), sans doute liée à un problème sensitif, au moins autant que moteur (« *elle est très sensible autour de la bouche* »). Il propose donc son traitement en fonction de son diagnostic et cette proposition signifie que le pronostic peut être modifié favorablement. Ce travail ne s'oppose pas à celui du médecin, dans le sens où Paul accepte le savoir diagnostique médical (le possible problème « *génétique* »), mais il le complète de manière disciplinaire. Ainsi, du côté de la motricité buccale, dans le cadre du problème médical global⁷²³, Paul émet des hypothèses causales (hypersensibilité, mauvaises sensations, absence d'intégration de la bouche, qu'il privilégie par rapport à la force des muscles de la zone, sans l'explicitier à la maman) et propose un traitement (caresses, favoriser le main bouche). En clair, il ne se pose pas comme un professionnel alternatif au médecin (comme pourraient le faire des ostéopathes), ni comme un technicien exécutant, mais comme un professionnel du champ médical spécialiste d'une fonction (la motricité), s'appuyant sur des explications de nature prioritairement mécaniques⁷²⁴. C'est cette position singulière qui lui impose de prendre du temps : les médecins peuvent aller vite dans leur examen clinique car ils peuvent ordonner d'autres examens, qui seront faits par d'autres sur un temps tiers, pour améliorer leur avis. Paul ne peut déléguer une partie de l'examen, sa position dans le champ médical ne l'y autorise pas. Il doit donc se forger un avis fiable grâce à ses mains et à l'observation.

Cet investissement diagnostique est reconnu institutionnellement, l'Assurance Maladie rembourse conventionnellement un temps de bilan lors du premier rendez-vous, puis à intervalle régulier. Il s'agit d'un enjeu important dans l'exercice libéral où le paiement à l'acte est de mise. Il faut alors compter le temps et le prendre à bon escient. En ce sens⁷²⁵, le cadre de pratique libéral et le paiement à l'acte contrebalancent les enjeux d'efficacité : afin d'améliorer sa rémunération, Paul doit réaliser beaucoup d'actes, c'est-à-dire soit travailler beaucoup, soit aller vite. L'organisation d'une prise de rendez-vous avec un patient par demi-heure matérialise cette tension : il propose des prises en charge temporellement

⁷²³ Le dossier révèle une absence de diagnostic médical, en dehors de l'hypothèse large du « génétique ». C'est d'ailleurs ce vide relatif qui permet de proposer des diagnostics localisés sur la motricité buccale.

⁷²⁴ Que Mael Lemoine distingue des explications « pharmacologiques », « épidémiologiques » ou « biologiques ». M. LEMOINE, *La désunité de la médecine*, op. cit.

⁷²⁵ Il ne s'agit pas de réduire l'acteur à un « homo economicus » mais de rappeler qu'il agit dans un contexte qui influence ses marges de manœuvre.

bornées, cadrant la rémunération envisageable, néanmoins l'incertitude des cas l'autorise (via des excuses succinctes) à les décaler sans préavis. Si l'exercice libéral semble moins contraint par la logique bureaucratique que l'exercice hospitalier, le régime du paiement à l'acte entraîne une auto-quantification du temps de travail. Le temps de prise en charge est un enjeu de lutte important au sein de la kinésithérapie, à tel point qu'on le retrouve régulièrement dans les annonces de recrutement :

Bonjour,

Je recherche un/une remplaçant(e) au sein de notre cabinet situé au XXX

La période de remplacement s'étendrait du 21 Décembre 2020 au 22 Janvier 2021.

Le poste se compose de 5 journées de travail du lundi au vendredi, avec 3 jours complets (lundi, mercredi, vendredi) au cabinet et 2 jours en EHPAD⁷²⁶ (mardi et jeudi). Les horaires au cabinet s'étendent de 7h30 à 19h, les horaires à l'EHPAD s'étendent le mardi de 7h à 14h et le jeudi de 7h à 16h.

Le cabinet est équipé 2 salles de soins avec un plateau technique (vélo, elliptique, rameur, tapis de marche), d'appareil de physiothérapie basiques (ultrasons, pressothérapie, électrostimulation). Nous sommes actuellement 2 kinés en exercice.

L'EHPAD est situé au XXX

Je pratique des actes de kinésithérapie générale (rhumato, neuro, traumato) ainsi que des actes plus spécifiques en maxillo-facial et traitement du lymphœdème post curage axillaire.

Nous prenons un patient par demi-heure en s'assurant d'une qualité de soins suffisante.

Bon chiffre d'affaire.

Rétrocession de 30 %.

Un logement est possible, ainsi que la location d'un véhicule.

N'hésitez pas à me contacter au XXX ou par mail à l'adresse XXX

Annonce sur le site d'offre de remplacements en kinésithérapie, physiorama.com, dans les 10 premières affichées, 13/07/2020 (nous soulignons en gras)

Cette durée fait partie de l'ethos professionnel : la prise en charge d'un patient par demi-heure souligne pour les kinésithérapeutes la prétention à une prise en charge individuelle, spécifique du patient. Dans l'imaginaire collectif de ce groupe professionnel, ce temps est la plus-value apportée par le kinésithérapeute au soin : il passe du temps, de manière répétée avec son patient. La frange du groupe respectueuse de ce principe s'oppose alors aux kinésithérapeutes « usines » qui prennent plusieurs patients à la fois, ne respectant pas les codes de la qualité de prise en charge. Il est d'ailleurs significatif que les kinésithérapeutes rencontrés prenant plusieurs patients simultanément ressentent le besoin de justifier leur écart à la norme des 30 minutes : en prenant plusieurs patients en même temps, ils peuvent allonger les durées de prises en charge de chacun et permettre aux patients de rester en soin -à plusieurs- plus longtemps, faisant ainsi plus d'exercices. Une lecture de la tension entre travail technique et travail professionnel peut être proposée dans ces orientations de kinésithérapeutes. Pour les uns, la valeur du travail passe par un temps long que le praticien consacre au patient, ce qui permet d'établir un diagnostic propre, avec les outils disponibles. Tandis que, pour les autres, le travail est celui d'un technicien au service du médecin, avec application zélée des techniques, c'est-à-dire que le temps long est celui que le patient passe à réaliser les actes prescrits, sous le contrôle organisationnel du kinésithérapeute. Il est difficile d'estimer la part réelle de chaque type d'activité au sein de la population en exercice, mais il

⁷²⁶ Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

est assez clair, à travers les entretiens avec les enseignants et les étudiants, que, pour les structures de formation et les jeunes kinésithérapeutes en sortant, la bonne pratique est celle du professionnel consacrant du temps à son patient.

Ainsi, si ce temps n'est pas respecté par tous, il sert cependant de référence⁷²⁷ : la prise en charge doit être longue.

En dehors de l'enjeu de durée totale, cette séance de kinésithérapie montre un séquençage temporel notable : la progression globale va du général vers le spécifique, de l'avis médical vers la réaction du bébé, en passant par une lecture maternelle du problème de santé. Quatre phases peuvent alors être distinguées : la prise en compte du contexte médical général, le bilan de la motricité dans sa globalité, le bilan de la zone particulière et enfin une dernière phase d'ajustement de la future interaction.

Lors de la première phase, s'établit une communication à destination de la mère. Ainsi la séance démarre par la lecture des informations médicales écrites sur le carnet de santé, avec des demandes de confirmations maternelles. Il y a une procédure de recoupement pour essayer de cerner le déroulé de la naissance et des premiers temps de vie avant la consultation. Lors de cette première phase de prospection, Paul montre sa volonté de prendre en considération l'ensemble des soins proposés, mais se légitimise aussi par sa maîtrise du savoir médical officiel : « *il y a des recherches génétiques en cours ?* ». Il s'appuie sur un langage écrit de la part des médecins (ordonnance, carnets, comptes rendus d'examen) et un langage oral maternel.

Au contraire, durant les phases 2 et 3 légèrement plus longues, l'interaction se fait plus avec le bébé. La deuxième phase de la séance quitte le processus de liaison avec la médecine pour proposer une lecture de la pathologie sous son angle propre, celui du kinésithérapeute : il s'agit de diagnostiquer la motricité du bébé. Ce processus se fait par un outil scientifique référencé (l'analyse des GM déjà évoqué). Si cette scientificité n'est pas mise en avant ici, le caractère officiel l'est via la caméra, la synthèse de l'histoire de vie du bébé prononcée par Paul sur l'enregistrement, voire la signature ultérieure de l'autorisation. Cet examen est doublé de mobilisations du nouveau-né, à la fois stimulées par Paul (qui mobilise le bébé sur le côté, le ventre), mais aussi interrogées « *est ce qu'elle se retourne ?* ».

Dans cette phase, Paul établit son statut professionnel : il est le médecin du mouvement, il a vu ce qu'ont fait les autres médecins, maintenant il analyse le mouvement dans son ensemble. Cette prétention à appréhender la maladie sous un angle spécifique (la motricité) mais aussi global (l'ensemble de la

⁷²⁷ La notion de référence professionnelle est importante : il s'agit du diagnostic clinique chez les médecins P. PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », art. cit. ou de le bon respect de l'intégration paysagère chez les architectes (et non la signature de plans de bâtiments « communs ») F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.. Même si ce professionnel est largement idéal-typique, les valeurs qu'il porte servent de repères vis-à-vis desquels les acteurs se positionnent et doivent justifier la transgression. Aux valeurs kinésithérapiques de prises en charges « individuelles », « longues », on peut ajouter le lien à la prise en charge « manuelle ».

motricité du bébé) capable de dévoiler des sources du mal hors de son organe d'expression (la bouche) est significatif du positionnement professionnel du kinésithérapeute.

Il n'en demeure pas moins qu'il y a une troisième phase du bilan où Paul s'occupe finalement plus précisément de la bouche de la petite. Là encore, il mobilise interrogatoire (« *est ce qu'elle vomit ?* ») et examen direct (les mobilisations sont remplacées par des palpations) pour établir son jugement. Il s'agit là de la réponse à la double injonction du médecin et de la patiente : il s'agit de proposer un traitement permettant de diminuer les vomissements et d'améliorer la prise alimentaire buccale donc d'examiner la zone. Il n'y a néanmoins que des commentaires succincts dessus : « *elle est très sensible* ». Si Paul trouve des spécificités à cette bouche lors de son examen, il ne s'étend pas dessus et d'ailleurs il développe sur toute la zone faciale (« *on dirait qu'elle ne voit pas bien* »).

En miroir par rapport au début, lors de la 4^{ème} phase de la séance, sa « prescription » de conseils de gestes à faire à la maison est orale envers la maman et écrite envers lui-même (ou les autres kinésithérapeutes du cabinet). Il note ce qui lui a semblé le plus important dans son diagnostic, sans en rendre compte au client⁷²⁸. La prise du rendez-vous suivant est rapprochée⁷²⁹, signifiant qu'il va réaliser les actes thérapeutiques lui-même au lieu de simplement les prescrire au client.

La modestie de l'analyse de l'organe concerné est démonstrative de la montée en professionnalisme des kinésithérapeutes : il y a un rejet du soin technique, d'un bilan musculaire de l'organe suivi d'une musculation, au profit d'une posture globale, traquant l'incertitude et l'écart à la norme de toutes les motricités (globales, oculaires, buccales en dernier recours). Le médecin respecte d'ailleurs indirectement cette prétention, via une prescription de rééducation de « troubles de l'oralité », et non de « musculation de la bouche », laissant ainsi la porte ouverte à un diagnostic différentiel, en plus du choix de l'arsenal thérapeutique. Pourtant, la place dans la division du travail et la modestie des instruments des kinésithérapeutes pour établir les diagnostics restent visibles à travers le temps longs, nécessaire pour se forger un avis basé sur le toucher et la vue.

La communication, révélateur des asymétries de position

Le deuxième thème d'analyse possible est la communication⁷³⁰ au cours de ce bilan. La séance est construite sur une double relation, à la fois au patient, le bébé, mais aussi à sa mère, l'interlocutrice qui

⁷²⁸ Sylvie Fainzang montre que cette rétention d'information de la part des soignants (médecins pour son terrain) est « *une arme souvent utilisée au sein de cette relation [médecins-malades]* ». Sylvie FAINZANG, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades: Une approche anthropologique », *Questions de communication*, 15, 2009, p. 279-295.

⁷²⁹ Il arrive que les bilans initiaux ne concluent pas à la nécessité de réaliser des séances de kinésithérapie. Dans ce cas, il peut arriver de redonner un rendez-vous à échéance lointaine pour réaliser un nouveau bilan moteur permettant d'évaluer les changements spontanés.

⁷³⁰ Sylvie Fainzang a travaillé sur la communication entre patients et médecins. L'angle ici est moins celui de la rétention d'information et du mensonge que celui de l'asymétrie de relation qui se révèle dans les échanges et le

prend les décisions pour lui. Cette situation est commune aux soins aux enfants, et de manière générale aux soins aux personnes dépendantes dont les choix dans la vie quotidienne dépendent de tiers. Cette situation constitue un bon point d'observation de la relation car le décideur, ici la mère, ne ressent pas l'action physique du kinésithérapeute. Ce dernier doit donc verbaliser l'action pour la signaler à la maman. Cette verbalisation n'est pas complète (tous les gestes ne sont pas décrits, d'autant que la mère, présente, peut les constater de visu) mais elle existe, justement, quand le kinésithérapeute veut que l'action soit connue du décideur (des soins, des choix de vie) : « *elle met ses mains à la bouche* », « *elle est très sensible autour de la bouche* », « *ses mouvements sont très mignons* », « *elle se tourne toute seule* », « *j'ai l'impression qu'elle voit pas bien* »⁷³¹.

Ce qui semble un enjeu de légitimation important pour le kinésithérapeute est que la mère se rende compte de l'établissement d'une relation kinésithérapeute-bébé. Les nombreux allers-retours qui existent dans le ton de la voix entre le ton « bébé » et le ton « maman » sont là pour l'attester. Bien que les paroles elles-mêmes soient à destination de la mère, le ton, adressé au bébé, le singularise comme personne dotée de réactions propres. Il y a là un contraste avec l'analyse de Christophe Gaubert où le bébé traité pour bronchiolite peut être résumé à un « poumon »⁷³² au début des années 2000. Si une « impureté » des données⁷³³ et de leur analyse est inséparable du matériel empirique ethnographique⁷³⁴, cela ne me semble pas le seul paramètre en cause. En 20 ans, de manière générale, les notions de « prise en charge globale », de « care » et de bébé comme patient ayant des droits ont été travaillées et ont infusé dans les pratiques professionnelles, notamment dans les soins de développement aux nouveau-nés⁷³⁵,

positionnement des kinésithérapeutes entre discours profane et médical. Sylvie FAINZANG, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 26-2, 2006, p. 27.

⁷³¹ Cette description de l'action concerne plus les mouvements réalisés par le bébé qu'une action thérapeutique, ce qui s'explique par le contexte de bilan.

⁷³² C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit, p. 183.

⁷³³ O. SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », art. cit.

⁷³⁴ Cette différence peut être due aux chercheurs et à une construction de l'objet différente, voire, pour être plus critique, au fait que deux auteurs ne voient dans la séance que ce qu'ils y cherchent : un technicien du poumon pour Christophe Gaubert, un acteur avec des traits professionnels (un troisième type de médecin ?) ici. Si les terrains différents (transnationaux ici, plutôt parisiens pour Christophe Gaubert) et le positionnement différent (extérieur pour l'un, interne au groupe professionnel pour l'autre) font qu'il est impropre de parler de « retour sur enquête », cette notion vient toutefois spontanément à l'esprit lors des comparaisons des travaux, d'autant que Christophe Gaubert m'a envoyé sa thèse en tout début de cursus de recherche. Une explication liée au contexte proche du retour sur enquête peut alors être mobilisée : la recherche de la distinction de l'enquête initiale est inconsciemment survalorisée par le chercheur. Le retour sur enquête cherche les ajustements, modifications, discussions des propositions antérieures et passe plus rapidement sur les traits communs. Il y a une recherche scientifique de la nouveauté au détriment de la consolidation de la preuve. Tout en gardant ces points en tête, il convient à l'inverse de rajouter que, dans une perspective kantienne, c'est la multiplicité des regards (et donc la différence plus que la convergence) qui permettent de dévoiler le réel.

⁷³⁵ Christophe LAISNE et Isabelle HEYMAN, « Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie: Deux exemples en Martinique », *Le Coq-héron*, 181-2, 2005, p. 68 ; Pierre LEQUIEN, « Actualités en réanimation néonatale: de la place des émotions et des relations entre bébés, parents et soignants », in *Les émotions (autour) du bébé*, ERES, 2006, p. 129-136 ; Catherine MATHELIN, « Parents et soignants autour du bébé prématuré », in *Les émotions (autour) du bébé*, ERES, 2006, p. 143-148 ; É. ROEGIERS, M. ALDERSON et T. VAN DURME, « Les pratiques entourant les soins de développement », art. cit ; Dominique SANDRE, « Soins de développement et prévention des difficultés développementales chez les bébés nés prématurément », *Spirale*, 78, 2016, p. 109-113.

devenant même des enjeux de différenciations professionnelles (notamment chez les infirmières⁷³⁶) et de modernisation des pratiques managériales⁷³⁷. Les kinésithérapeutes, notamment pédiatriques, ont donc forcément des pratiques différentes et marquées par ces influences, à l'instar de tous les soignants. Plus spécifiques à ceux-ci, on peut supposer que l'autonomisation « douce » des kinésithérapeutes se double d'une posture de prise en charge plus globale du patient, ici le bébé. Ce positionnement de pilote du soin global, plutôt que de mécanicien d'un organe est alors un enjeu professionnel. Il est possible d'analyser l'important double discours bébé-maman de Paul comme une démarcation d'un technicien de la musculature de la bouche. Si la maman a pu l'imaginer dans ce rôle, de par sa venue via une prescription, elle ne s'oppose pas à ce glissement au cours de la séance.

La mère est en situation dominée au cours de ces échanges : les remarques de Paul sur ses constats sont succinctes. Le kinésithérapeute considère son action comme légitime et il n'a pas tellement à la décrire à la mère. Il n'a pas besoin d'emporter son adhésion, son efficacité coule de source, donc les actions, ici bilans, n'ont pas à être justifiées alors que, de fait, la relation entre la « beauté » des mouvements corporels de la petite fille et ses troubles de la prise alimentaire ne saute pas forcément aux yeux du profane.

D'autres échanges se font sur le mode interrogatif unidirectionnel, du kinésithérapeute vers la mère. Celle-ci répond comme elle peut aux questions, étant parfois recadrée si les réponses sont jugées non satisfaisantes :

« [elle vomit] pendant le sommeil ?
-Non..
-Vous l'avez jamais retrouvé avec du vomi à côté ?
-Si un peu tous les jours »

La curiosité de Paul concernant la vie privée de la famille (quels âges ont les frères et sœurs) est acceptée comme allant de soi, sans que Paul ne justifie le but de son interrogatoire. A l'inverse, le plombier, régulièrement mobilisé comme l'exemple du technicien⁷³⁸, pourrait poser des questions, mais dans un champ jugé légitime (l'installation existante) dont il ne pourrait s'écarter sans susciter l'interrogation. Il y a donc une légitimité à la curiosité de Paul qui est typique de la relation professionnelle : l'ésotérie de son savoir fait que le profane ne peut préjuger de l'information nécessaire ou non à l'accomplissement de sa tâche. C'est d'ailleurs dans les cas de contestations des choix professionnels que certains auteurs parlent de « déprofessionnalisation par le bas »⁷³⁹. Sans être totale, le professionnel a donc une grande latitude pour s'informer, envoyer des coups de sonde quant à l'organisation de la vie du client, afin de

⁷³⁶ É. ROEGIERS, M. ALDERSON et T. VAN DURME, « Les pratiques entourant les soins de développement », art. cit ; Éliane ROTHIER BAUTZER, « Care et profession infirmière », *Recherche & formation*, 76, 2014, p. 93-106.

⁷³⁷ Mathias WAELLI et Etienne MINVIELLE, « Facteurs clés pour une personnalisation du service rendu au patient : élaboration d'un cadre d'analyse », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31-5, 2013, p. 303.

⁷³⁸ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit ; C. DUBAR, P. TRIPIER et V. BOUSSARD, *Sociologie des professions*, op. cit.

⁷³⁹ G. ZOÏA et L. VISIER, « Une comparaison entre enseignants et médecins », art. cit.

pouvoir en retirer les informations utiles. L'impossibilité de systématiser l'interrogatoire au vu de la singularité des cas justifie cette intrusion dans un domaine privé. Mais cette explication peut être ici complétée.

En effet, la mère et le kinésithérapeute se caractérisent par des savoirs distincts (distinction qualitative des savoirs, la mère ne fait pas partie du champ médical), mais aussi de manière plus générale par des capitaux culturels différents en « quantité » (de capital culturel légitime tout au moins). Ici la maman est d'origine visiblement africaine, habillée en tenue « traditionnelle »⁷⁴⁰, mère de nombreux enfants, employée dans des services à la personne laissant imaginer un faible niveau de diplôme. Elle a une vision chronologique de ses interactions hospitalières (type de spécialistes, soins visibles prodigués, durée d'éloignement du foyer familiale) mais ne fait montre d'aucun savoir médical et n'interroge pas les soins proposés. Elle donne le sentiment d'accepter les propositions sans chercher à avoir une prise dessus (sauf sur la durée d'une des hospitalisations, trop longue à son goût et où elle a demandé à sortir pour rejoindre ses autres enfants). Elle est donc catégorisée comme mère de famille de catégorie populaire. Tandis que le kinésithérapeute, habillé léger (pantalon de toile) mais avec une chemise, inquisiteur sur ses antécédents, ne justifiant pas ses questions et examens se positionne comme issu d'une catégorie supérieure, plutôt intellectuelle, capable de proposer des noms de médicaments au débotté pour explorer lesquels sont effectivement pris par l'enfant. Dans le cas d'espèce, l'asymétrie est majorée par un rapport de domination de classe⁷⁴¹. Or, outre ses origines sociales favorisées, Paul écoute régulièrement France Culture, mais aussi de la musique notamment classique, il participe d'ailleurs à des chorales et à de nombreuses associations (parents d'élèves etc). Si toutes ces caractéristiques ne sont pas objectivables par la maman au cours de l'échange, il n'en reste pas moins vrai que sa position sociale est certainement transparente par de nombreux petits détails communs discrets qui marquent la reconnaissance réciproque quotidienne⁷⁴². Cette asymétrie de classe est mise en avant dans les travaux d'Haroun Jamous et Bernard Peloille⁷⁴³ ou de Jean-Michel Chapoulie⁷⁴⁴ mais reste présente, même si moins au cœur de l'analyse, chez la plupart des auteurs s'intéressant aux professions. Pour Talcott Parsons, la catégorie aisée du médecin, sa position de notable va de soi, elle n'est que la résultante

⁷⁴⁰ La tenue est perçue par l'observateur comme traditionnelle pour la mère.

⁷⁴¹ La domination de genre ou l'assignation ethnique basée sur la couleur de peau peuvent aussi concourir à cette domination. Elles seront moins traitées ici car on peut retrouver des éléments semblables de domination dans les séances réalisées par les kinésithérapeutes femmes ou dans celles avec des patients ayant un morphotype européen. A l'inverse il semble que la domination de classe soit régulière dans le système professionnel, sélectionnant ses membres parmi les classes dominantes. Cette domination de classe se fait par ailleurs à corps défendant de la part de Paul qui a des convictions de gauche revendiquées : vote politique pour les partis altermondialistes, parrainage de jeunes migrants, engagement syndical plutôt à gauche (même si l'orientation politique des syndicats de kinésithérapeutes reste modérée), réponses virulentes aux sollicitateurs téléphoniques proposant des « optimisations fiscales ».

⁷⁴² Erwing GOFFMAN, *La présentation de soi*, Paris, Ed. de Minuit, 1996.

⁷⁴³ H. JAMOUS et B. PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », art. cit. Nos remerciements pour cette référence vont à Florent Champy qui nous a transmis le texte papier suite à une discussion de septembre 2019.

⁷⁴⁴ Jean-Michel CHAPOULIE, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue Française de Sociologie*, 14-1, 1973, p. 86.

légitime de son rôle de régulateur social. Howard Becker signale que ses jeunes étudiants en médecine sont issus de bonnes familles : il propose qu'il s'agisse là d'un préalable à l'interconnaissance nécessaire à la réalisation des études de médecine et à la projection dans la profession de médecin. Pour Florent Champy enfin, les professionnels obtiennent dans la plupart des pays un statut pour les protéger de la concurrence⁷⁴⁵ entérinant par là un positionnement social favorable. Ici, si l'analyse par cas accentue le trait, l'analyse des échanges oraux montre l'importance de l'asymétrie de relation entre professionnel et profane⁷⁴⁶ ; asymétrie grandement facilitée par une différence de classe sociale⁷⁴⁷, même si ce caractère peut faire office de variable cachant des mécanismes de distinction savant-profane plus fins.

La communication n'est pas uniquement orale. L'écrit est aussi mobilisé avec un poids distinct de l'oral : la note finale où Paul consigne ses observations montre d'ailleurs deux niveaux dans les informations reçues : les informations lues dans les comptes rendus ou les carnets sont notées comme des vérités, tandis que les informations apportées par la maman sont précisées comme telles : « la maman dit », ce qui peut être lu comme une remise en cause de leur réalité.

Durant sa séance, Paul ne prend pas de notes malgré que l'importance de l'écrit soit régulièrement mise en avant par les enseignants ou les publications scientifiques kinésithérapiques⁷⁴⁸. De fait, la part de l'écrit dans le contenu du travail est très fortement liée à la catégorie socio-professionnelle⁷⁴⁹. Ici, les questions sont posées oralement et les réponses font l'objet d'un assentiment oral mais sans écriture immédiate. Si cette attitude n'est pas inédite dans le milieu de la santé (le médecin s'interrompt rarement au cours de son examen pour noter les informations), elle interroge toutefois sur le tri de l'information qui est fatalement fait. Même à l'issue de l'examen, la part de l'écrit reste modeste⁷⁵⁰. Alors que les médecins ont laissé des traces dans le carnet de santé, ou celui du réseau de périnatalité, Paul n'y inscrit

⁷⁴⁵ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 160-163.

⁷⁴⁶ Anne Paillet, dans un article récent, propose de revisiter l'autre versant de cette asymétrie, c'est-à-dire non pas la reconnaissance du professionnel mais le traitement différencié des patients selon leurs origines sociales. Anne PAILLET, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237-1, 2021, p. 20-39.

⁷⁴⁷ Tous les clients des professionnels ne sont pas, loin s'en faut, de classes sociales défavorisées. Mais même dans les cas de clientèle favorisée, une asymétrie se crée par la « qualité » des capitaux mobilisés, qui empêche le magistrat, par exemple, de réellement contrer l'asymétrie de position permise par les capitaux scientifiques propres à la médecine. La classe sociale favorisée peut donc être un terreau favorable à l'établissement des professions, par la possession préalable de capitaux sociaux et culturels, même s'ils doivent être complétés par des capitaux scientifiques propres à l'activité choisie.

⁷⁴⁸ Marc DIARD, « Le dossier kinésithérapique et la justice », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-224-225, 2020, p. 79-82 ; Michel DUFOUR, « Le kinésithérapeute et son français », *Kinésithérapie, la Revue*, 19-212-213, 2019, p. 50-57.

⁷⁴⁹ Plus le travailleur occupe une position favorisée dans la division du travail, plus l'écrit est mobilisé. Frédéric MOATY et Françoise ROUARD, « L'écrit au travail et ses déterminants chez les salariés en France en 2005 », *Travail et emploi*, 122, 2010, p. 39-52.

⁷⁵⁰ En cela ils se rapprochent des infirmières dont la proximité au corps du patient et à la transmission de savoir par voie expérientielle est revendiquée (et s'opposent à la frange d'infirmières « bureaucrates » cadres, mobilisant l'écrit). Anne VEGA, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15-3, 1997, p. 103-132.

rien. Cette faible part du style écrit chez le kinésithérapeute est symptomatique de sa position dans le champ médical : il n'a pas de délégués à qui transmettre ses observations et ses demandes⁷⁵¹. S'il a confiance dans sa mémorisation, en tant qu'exécutant des soins qu'il décide, il n'a pas de besoins d'écritures. Vis-à-vis des autres professions existantes, il est relativement autonome et ne voit pas la nécessité d'informer le médecin de ses choix à l'issue de cette première séance. Cet état de fait diminue la lisibilité de son action auprès des autres intervenants mais lui permet aussi de créer une part d'ésotérie vis-à-vis des non kinésithérapeutes (patient ou médecin). Pour autant le client ressort avec des conseils oraux et sans trace écrite : il ne garde pas trace de la science du kinésithérapeute. Le professionnel médecin, lui, ne laisse que rarement partir le patient sans une ordonnance (dont l'illisibilité conserve l'ésotérie) ou la promesse d'un compte rendu de consultation. Aussi le patient peut facilement justifier de sa position de malade à l'issue de la consultation médicale, ce qui n'est pas le cas à l'issue de la consultation de kinésithérapie.

Cette faiblesse de l'écrit montre une limite de la kinésithérapie : elle identifie quelque chose mais elle n'identifie pas nommément la chose. Alors que le médecin a tout une gamme lexicale pour dénommer ses éléments diagnostiques, le kinésithérapeute est plus démuné pour désigner l'écart à une norme qu'il a identifié. Paul ne nomme jamais ce qu'il a identifié et qui justifie pourtant qu'il traite ce bébé de telle manière plutôt que de telle autre. Cette absence invisibilise la notion de clinique dans le travail du kinésithérapeute, celle-ci étant, selon Mael Lemoine « *toujours le choix d'une identité nosologique (une maladie constituée d'un ensemble de signes) contre d'autres identités nosologiques* »⁷⁵². Pour réaliser un diagnostic clinique il ne suffit pas qu'il reste informel, en reprenant Michel Foucault il faut aussi nommer ce qui est identifié : « *le rituel définit la qualification que doivent posséder les individus qui parlent (et qui, dans le jeu d'un dialogue, de l'interrogation, de la récitation, doivent occuper telle position et formuler tel type d'énoncés); il définit les gestes, les comportements, les circonstances, et tout l'ensemble de signes qui doivent accompagner le discours* »⁷⁵³. Or le kinésithérapeute est écarté de ce rituel. Il lui est difficile de nommer le mal directement, le médecin doit le faire au préalable ; et quand le médecin ne nomme pas un mal encore inconnu, comme c'est le cas ici, le kinésithérapeute n'impose pas au patient une sémiologie experte alternative et ne la consigne pas par écrit.

Malgré tout, en fin de séance, l'écrit est utilisé pour enregistrer les données récoltées sur le patient. Il s'agit d'écrits « pour soi » plus que « pour autrui »⁷⁵⁴ : ils servent surtout de communication inter-kinésithérapeutes, les patients pouvant passer régulièrement d'un praticien du cabinet à l'autre en fonction des possibilités de rendez-vous. Ces textes sont donc informatifs sur le savoir jugé « utile »

⁷⁵¹ Pour Andrew Abbott, cette transmission à des auxiliaires chargés du « dirty job » est un élément essentiel du système professionnel A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁷⁵² M. LEMOINE, *La désunité de la médecine*, op. cit.

⁷⁵³ Michel FOUCAULT, *L'ordre du discours: Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Impr., Paris, Gallimard, 2009, p. 40.

⁷⁵⁴ F. MOATTY et F. ROUARD, « L'écrit au travail et ses déterminants chez les salariés en France en 2005 », art. cit.

pour un kinésithérapeute, concernant le malade et sa maladie. En accord avec le contenu de la séance, les données générales et contextuelles y ont la plus grande part. Quelques notes concernent le « travail à faire » mais celui-ci concerne surtout les relations professionnelles ou administratives à établir, les axes de bilan à creuser (« *tester le décubitus ventral* », « *analyser la vidéo* ») et sont succinctes sur le traitement à proposer (il nécessitera une coordination avec l'orthophonie et aura une part de travail moteur global : « *lui apprendre à s'asseoir* »). Il y a là une forme de formalisation du jugement clinique du kinésithérapeute.

Ces écrits peuvent être re-mobilisés dans un cas, invisible au cours de cette séance mais se produisant régulièrement : le bilan au médecin. Celui-ci n'est pas obligatoire mais est un outil qui peut être utilisé lorsqu'une prescription (quantitative) touche à sa fin mais que l'état nécessite une poursuite des soins. Les kinésithérapeutes du cabinet ont tendance alors à argumenter les demandes de renouvellement via des éléments de leur bilan préalablement notés et de leurs objectifs de rééducation. Ceux-ci ne sont pas systématiques et sont, sans doute, plus souvent réalisés dans les cas estimés « complexes » : il s'agit alors de pousser le médecin, en situation d'incertitude, à choisir la poursuite de la rééducation. Dans ce cadre, les soins les plus « courants » font moins l'objet de courriers : le médecin est censé savoir routinièrement qu'il faut maintenir la rééducation. L'autre cas de figure est la proposition d'arrêt de rééducation par le kinésithérapeute : la plupart du temps il n'y a pas d'envoi de courrier au médecin (le patient est guéri et il peut s'en rendre compte). Là encore quelques cas « complexes » peuvent donner lieu à l'envoi de courriers expliquant l'arrêt (doute quant à l'utilité des soins, éléments extérieurs le justifiant tels les changements de régimes scolaires...). Dans ce dernier cas, le médecin peut s'étonner de l'arrêt qu'il n'a pas ordonné (le patient n'est pas forcément jugé guéri) : les éléments de diagnostics kinésithérapiques sont alors mobilisés pour appuyer le choix. Dans ce contexte de pratique spécialisée, il est tout à fait exceptionnel (aucun cas constaté sur l'année d'observation) que le pédiatre s'oppose alors à l'avis du kinésithérapeute. En quelque sorte un avis clinique spécialisé peut difficilement s'opposer à un autre avis clinique d'une autre spécialité, même dominée.

La communication orale lors du bilan illustre le positionnement du kinésithérapeute comme professionnel proposant un travail non directement évaluable par le profane. Il maîtrise l'interaction, et par ses propos notifie à la fois son intérêt pour le malade dans sa globalité tout en restant évasif sur ses conclusions⁷⁵⁵. L'écrit, s'il existe, rappelle à la fois que le kinésithérapeute n'a pas d'auxiliaire à qui adresser ses recommandations et qu'au contraire ses bilans pour autrui sont essentiellement à destination des médecins, lui rappelant sa condition d'auxiliaire. Autrement dit, si le kinésithérapeute a bien une pratique diagnostique, elle est rendue peu visible par la faiblesse de sa communication écrite.

⁷⁵⁵ Isabelle Baszanger note cette propension des médecins à « neutraliser le malade » en maîtrisant la communication. I. BASZANGER, « Socialisation professionnelle et contrôle social », art. cit.

Cette séance de kinésithérapie consacrée à un bilan nous présente la discipline comme une activité ayant un temps diagnostique propre et complet. Bien que s'appuyant sur la nosologie médicale, une pratique prudentielle est visible, cherchant à adapter des connaissances théoriques (développement du nouveau-né sain, pharmacologie, physiologie) à un cas singulier requérant un savoir-faire (manipuler le bébé sans pleurs, alterner le discours au bébé et à la maman, récolter des informations sensibles, déclencher des actions motrices telles la succion) de manière non routinière. L'interrogatoire nécessaire à ces pratiques est facilité par l'asymétrie de position sociale qui se dégage de ce cas. D'un autre côté, le temps long à mettre sur le compte de la place dans la division du travail, la faible écriture pour autrui et le manque de lexique propre (à rapprocher de l'absence de champ autonome) limitent la visibilité de la pratique réflexive en kinésithérapie.

c) Le travail de traitement : une prudence trop profane

La première séance de kinésithérapie offre une image de la discipline tournée vers le diagnostic. Or institutionnellement, cette activité est à la charge des médecins tandis que les kinésithérapeutes pratiquent des actes thérapeutiques. Il est instructif de relever que cette répartition n'est pas aussi nette que cela. Dans les problèmes « physiques », le diagnostic médical est plus de l'ordre de l'enregistrement d'un problème et le renvoi vers le kinésithérapeute n'est pas simplement à but de traitement mais a en réalité pour objectif d'évaluer le déficit et de chercher une cause. Si, de par leur tutelle médicale historique, les kinésithérapeutes n'ont pas mis en place la structure classificatoire qui serait le pendant de la clinique médicale, il n'en reste pas moins qu'une forme de diagnostic existe, qui ne nomme pas le mal. Pour autant est-ce là l'activité routinière du kinésithérapeute ? La temporalité évoquée précédemment nous indique que non, l'activité routinière, plus courte, plus fréquente et moins valorisée est constituée de séances thérapeutiques, ayant pour but de faire évoluer le diagnostic initial vers un état meilleur. Le travail de traitement du kinésithérapeute montre alors une accessibilité qui pose la question de la limite entre le profane et la pratique professionnelle prudentielle : elle ne réside ici pas seulement dans l'action (mettant en jeu des paris basés sur des savoirs et de l'expérience) mais aussi dans l'image et l'interprétation donnée à celle-ci.

Présentation du cas empirique

Afin d'à la fois tirer les bénéfices du temps long dans mon cabinet de kinésithérapie tout en trouvant une distanciation, un dispositif original a été mis en place pour étudier les soins prodigués à une autre enfant. La petite fille en question, Adèle, a été sélectionnée en amont de la séance choisie, de par sa trajectoire biographique. Je la connais depuis sa naissance, soit 4 ans au moment de l'analyse en septembre 2020. Son suivi est donc long, correspondant à l'aspect à explorer, comme contraste avec le bilan initial. Sa particularité, qui a présidé à son choix, est que sa mère avait déjà été enquêtée à

l'automne 2017, quand Adèle était âgée de 1 an⁷⁵⁶. A ce moment-là, 8 mères de bébés nés prématurément (sur deux cabinets de kinésithérapie) s'étaient vues proposer des entretiens pour raconter leurs parcours en néonatalogie préalables aux séances de kinésithérapie. Parmi cette « cohorte », ce bébé et sa mère ont continué à fréquenter le cabinet jusqu'à l'été 2020, date à laquelle le choix de revenir sur leur parcours s'est imposé. Les autres bébés ont bénéficié d'un suivi moins long, les troubles moteurs à l'origine de leur venue s'étant estompés plus rapidement, ou n'ont pu être retrouvés (pour deux d'entre eux).

Cette présence continue présentait donc une opportunité unique d'un retour sur enquête riche, auprès d'une petite fille et d'une famille connue, et que j'avais personnellement rééduqué au cours de ces années. Cette implication personnelle pouvait poser problème, pouvant confiner à l'auto-analyse, mais deux garde-fous m'ont permis d'envisager de retracer sa rééducation :

Tout à fait indépendamment de l'enquête, à un moment de celle-ci où le travail d'observation ethnographique était débutant et général⁷⁵⁷, s'est posée la question de la poursuite ou non de la rééducation pour Adèle. En effet, après une première année en petite section de maternelle très hachée (propreté incomplète décalant la rentrée à janvier, puis démarrage prudent à mi-temps, suivi de la crise Covid à partir de la mi-année), se pose en juin 2020 la question de son projet l'année suivante. Et se pose à moi la question de la poursuite de la rééducation pour cette petite fille : son emploi du temps se charge car l'école devrait l'intégrer plus complètement, elle bénéficiera de soins d'orthophonie et la consultation de suivi hospitalière avec la médecin rééducateur n'appuie pas vraiment la poursuite de la kinésithérapie (même si, dans les termes, elle me laisse la décision finale). Je suis, pour ma part, partagé entre ces contraintes et le sentiment qu'Adèle reste en difficulté par rapport aux enfants de son âge notamment au niveau de la motricité fine (contrôle des mains, des doigts, des mouvements fins et précis). Il s'agit d'un cas fréquent en kinésithérapie de transition entre l'état jugé pathologique et l'état jugé normal : la thérapeutique continue entraîne une évolution progressive de l'état. Dans ces conditions il y a une alliance entre le kinésithérapeute et le patient pour décider des suites à donner : le ressenti du patient ou le danger projeté par le thérapeute est encore trop négatif et il faut poursuivre ou à l'inverse l'amélioration semble suffisante et il est possible d'arrêter. Cette frontière n'a rien d'explicite et, ici la question se pose entre un soutien à cette motricité fine en rééducation ou le pari d'une évolution favorable grâce aux activités éducatives de la vie « normale » : apprentissages scolaires notamment. Afin d'obtenir un avis distancié, je propose à la maman que le suivi de l'été se fasse avec ma collègue Esther, afin qu'elle puisse évaluer ses besoins et décider de la continuité ou non de la prise en charge. Fin aout, quand le choix de cette petite fille s'impose, cela fait donc près de 3 mois que ma collègue la suit et a donc pu organiser les séances à sa guise (elle décide de maintenir la rééducation). Ces concours

⁷⁵⁶ Dans le cadre de mon mémoire de master précédant l'entrée en thèse.

⁷⁵⁷ Ces premières notes étaient très longues et portaient sur des éléments variés en lien avec le cadre théorique de la sociologie des professions. Elles ne ciblaient alors pas spécifiquement la distinction diagnostic/thérapeutique mais s'attachaient à décrire le travail par le menu.

de circonstance me permettent, ainsi, de décrire une séance réalisée par Esther, plutôt qu'auto réalisée. Cette séance n'est pas typique de la pratique kinésithérapique généraliste bien sûr, mais elle n'est pas non plus typique du travail libéral en pédiatrie. En effet il s'agit d'une séance de fin de prise en charge, c'est-à-dire à un moment où le contenu thérapeutique proposé par le kinésithérapeute se rapproche suffisamment d'un travail profane pour qu'il ne soit plus réalisé par le professionnel mais dans le cadre social habituel de la famille. Envisager l'arrêt de la rééducation ne signifie pas « *retour à l'innocence biologique* », pour paraphraser Georges Canguilhem, mais proposition de poursuite du développement moteur à la maison, hors du cadre professionnel. La séance est en cela instructive de la limite que le kinésithérapeute pose entre un travail rééducatif de santé, c'est-à-dire d'amélioration d'un état moteur anormal, et une activité motrice jugée normale⁷⁵⁸.

Cette petite fille est très attentive au milieu environnant, et ma présence dans la pièce était susceptible de modifier la situation. A donc été mis en place un dispositif d'observation d'une séance via une caméra filmant l'action. Il y a en permanence une caméra au cabinet (pour l'analyse des Mouvements Généraux déjà évoqués), et elle est connue des enfants. Après accord écrit de la maman, ma collègue a donc installé l'appareil dans un coin de la pièce de soin, avec un angle suffisamment large pour voir toute la scène. Durant cette matinée, Esther est restée seule dans le cabinet, je n'ai récupéré le film que dans l'après-midi pour faire la description de la séance comme si je l'avais observé en temps réel. Adèle ne m'a donc pas croisé.

Ce dispositif a permis de contourner certains obstacles à une bonne observation de la séance mais ne va pas sans poser quelques problèmes. Tout d'abord, il n'était possible que dans ce cas bien particulier, d'interconnaissance très proche avec la famille (autorisation de filmer) et de connivence au lieu, car le film ne permet pas de sentir l'ambiance du lieu, et tous les à-côtés de l'observation proprement dite, c'est-à-dire les éléments de contextes. De plus, si la petite fille n'a pas posé de questions devant la caméra, Esther, elle, a pu changer son attitude. C'est l'observation régulière d'autres séances qui permet de justifier l'absence de différences notables avec celle-ci.

Cette manière d'enquêter présente une particularité dans l'éventail des méthodes sociologiques : la décision préalable de la séance à analyser. Si dans un cadre général inductif c'est la progression réflexive au fur et à mesure de l'avancée du travail de terrain qui a orienté vers le parcours de cette petite fille, qui était riche en lui-même ; la mise en place de ces modalités d'observation de la séance m'a imposé préalablement à celle-ci d'utiliser ce support empirique pour l'analyse. La séquence d'analyse de la prise en charge au long cours a donc été choisie sans connaître son contenu.

Lors de la séance bilan, c'est le travail du kinésithérapeute avec son patient qui est décrit, par sa façon de diriger l'action, la parole et finalement d'édicter ce qui est normal ou non dans le comportement du

⁷⁵⁸ Je ne m'attarderai pas ici sur la différence entre normal et normativité, la seconde notion étant plus proche de la demande sociale de santé : un retour à l'adaptabilité subjectivement « bonne » à son milieu. Mais concernant le cas individuel, la normale reste un bon indicateur, bien que flou. C'est cette notion qui est négociée entre kinésithérapeute et parent (par procuration de la petite fille) et qui détermine la poursuite ou non de la thérapeutique.

bébé. Si cela est nécessaire, notamment pour dégager la particularité du fait professionnel (comme la pratique diagnostique, l'association de savoir et de savoir-faire ou plus généralement une pratique prudentielle), il peut être intéressant de changer le regard. Il s'agit alors d'établir, du point de vue du client, en quoi l'action du kinésithérapeute n'aurait pas pu être préalablement standardisée, et si sa gestion de l'incertitude consubstantielle de la pratique prudentielle est ressentie par le client comme profitable⁷⁵⁹. Pour ce faire, à une description de la séance cherchant à mettre l'accent sur la position d'Adèle, s'est ajouté un retour sur entretien avec la mère en septembre 2020. En tant qu'organisatrice de la vie de la petite fille, c'est elle qui semble la plus indiquée pour verbaliser le ressenti en termes d'évolution de celle-ci. Dans ce cas, le père est connu mais sa présence a été extrêmement rare, le partage des tâches dans ce foyer renvoyant très clairement l'éducation des enfants à la mère. La comparaison avec l'image initiale de l'état de sa fille, gravée par l'entretien de décembre 2017, un an après sa sortie de néonatalogie, est ici particulièrement précieuse pour éclairer un fait professionnel, une pratique prudentielle supposée, faite de traitement incertain d'un mal incertain pour améliorer l'état de santé d'une petite fille.

Filmer l'observation a permis un dernier angle d'analyse : le retour du professionnel sur son activité. En s'appuyant librement sur les analyses des « cours d'action »⁷⁶⁰, il a été demandé à Esther de regarder la vidéo et de la commenter. Des pauses et retours en arrière étaient possibles pour développer son propos. Il n'y avait pas de thèmes particuliers hormis un ciblage sur le contenu de la séance, le seul cadre étant d'éviter les propos généralisant, ramenant Esther à la situation, son ressenti, son objectif, son positionnement par rapport à Adèle. Brièvement rapportée dans l'analyse, cette phase de la recherche a cependant permis d'objectiver l'écart entre une description profane de la séance et sa description professionnelle.

Contexte de naissance et des premiers temps de vie de la petite fille :

Adèle a presque 4 ans au moment de la séance.

Elle est le premier enfant d'une famille de la classe moyenne supérieure : père médecin ORL, mère infirmière de formation mais plutôt au foyer depuis l'arrivée d'Adèle. Les parents possèdent ainsi un capital culturel spécifique en matière de santé (et un capital social mais plus modeste car ils sont arrivés dans la région seulement quelques mois avant la grossesse de la maman).

⁷⁵⁹ « Ressentie par le client comme profitable » n'est sans doute pas pleinement satisfaisant pour définir la réussite de l'activité professionnelle, la bonne marche de la justice n'étant pas forcément profitable pour tous les protagonistes. La difficulté à formuler le fait prudentiel du point de vue du profane ayant affaire à un professionnel ouvre sans doute des pistes de travail encore à réaliser dans le domaine. La notion de « ressentie » semble incontournable dans la mesure où l'incertitude rend les résultats rétifs à la mesure (et que dire de la notion de « beau » ou « d'intégration paysagère » dans la prudence architecturale !) et la notion de « profitable » nous est sans doute imposée par le nécessaire apport que suggère la notion de travail (fut-il prudentiel). C'est sans doute sur le destinataire de cet apport dû au travail professionnel que la discussion peut avoir lieu, la « société » semblant un terme refuge, mais trop vague et général. Le professionnel qui propose une pratique prudentielle ayant un commanditaire, très souvent son « client », c'est cette notion qui a semblé personnifier (imparfaitement) le receveur du travail professionnel. C'est donc le point de vue de ce « client » que nous nous enquerrons pour passer de l'autre côté du miroir de la prudence professionnelle.

⁷⁶⁰ Serge LEBLANC, « Conception d'un système multimédia en relation avec l'analyse des cours d'action des utilisateurs : contribution à l'étude de l'activité de découverte-apprentissage dans un contexte d'autoformation » Sciences du sport et de l'éducation physique, Université Montpellier 1, Montpellier, 2001.

Elle est née prématurément à 29 semaines d'aménorrhées (SA) contre un terme biologique autour de 41 semaines d'aménorrhées. Elle est de ce fait classée comme grande prématurée par les médecins⁷⁶¹. Adèle naît, de plus, avec un très petit poids de naissance de 600g (inférieur au 1^{er} percentile⁷⁶²), un périmètre crânien de 23 cm (inférieur au 1^{er} percentile) et une taille de 32cm (1,3^{ème} percentile). Ces mesures staturo-pondérales basses sont des facteurs, quantitativement évalués, de mauvais pronostic de développement⁷⁶³. Elle restera hospitalisée en néonatalogie au cours des trois premiers mois pour maintenir ses fonctions respiratoires et l'alimenter. A sa sortie de l'hôpital elle débutera des soins de rééducation en cabinet de ville où je la rencontrerai un mois après sa sortie. Elle développera une plagiocéphalie⁷⁶⁴ droite qui persistera jusqu'à ses 18 mois. Son développement moteur lui permettra de tenir assise à 7 mois et demi d'âge corrigé⁷⁶⁵ puis de marcher à 13 mois d'âge corrigé, c'est-à-dire dans des temporalités comparables aux autres enfants. A 2ans et 5 mois arrivée d'une petite sœur, sans problème de santé. La crèche n'est débutée que tardivement, les parents ayant des craintes quant aux possibles infections respiratoires transmissibles dans ce milieu. La maman décide donc de ne pas reprendre le travail (ce qui était imaginé initialement) compte tenu de la fragilité d'Adèle. La petite fille fera cependant quelques heures de crèche à partir de ses deux ans jusqu'à ses 3 ans et demi (4 à 6 heures, « à but de socialisation »). A 3ans et demi, la propreté étant acquise, elle débutera l'école, dans un contexte particulier compte tenu de l'épidémie Covid.

C'est à l'abord de cette seconde rentrée, en moyenne section, que je peux analyser la séance qui suit.

⁷⁶¹ Pierre-Yves ANCEL et Jean Christophe ROZE, *Prématurités, ces bébés qui arrivent trop tôt*, Paris, INSERM, 2017.

⁷⁶² Un percentile correspond à 1% des individus dans la même situation, soit un poids inférieur à celui de plus de 99% des bébés nouveau-nés.

⁷⁶³ HAUTE AUTORITE DE SANTE, « Recommandation de bonne pratique. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque » ; B. LARROQUE, M. DELOBEL, C. ARNAUD et L. MARCHAND, « Devenir à 5 et 8 ans des enfants grands prématurés dans l'étude Épipage », art. cit ; I. MONIER, P.-Y. ANCEL, A. EGO, I. GUELLEC, P.-H. JARREAU, M. KAMINSKI, F. GOFFINET et J. ZEITLIN, « Gestational age at diagnosis of early-onset fetal growth restriction and impact on management and survival: a population-based cohort study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124-12, 2017, p. 1899-1906.

⁷⁶⁴ Aplatissement d'une partie du crâne souvent arrière. Le crâne d'un nouveau-né est très malléable, et en l'absence de mobilité et de changements de position réguliers la partie du crâne toujours en appui peut se déformer et ainsi s'aplatir. Les bébés ayant des difficultés motrices sont donc particulièrement à risque.

⁷⁶⁵ Pour évaluer le développement moteur d'un bébé prématuré il est utilisé l'âge corrigé, c'est-à-dire l'âge à compter du terme théorique. La comparaison avec les attendus des bébés à terme est ainsi plus facile.



Figure 9 : photo de la pièce du cabinet où se déroule la séance d'Adèle (photo prise à l'emplacement de la caméra)

La séance se passe à 9h du matin, un mercredi, en l'absence de la maman (qui l'amène et l'attend dans la salle d'attente ou vaque à des occupations pour revenir la chercher 30 minutes plus tard).

Il est visible qu'Adèle connaît parfaitement les lieux, elle enlève seule ses chaussures et va s'asseoir spontanément au petit bureau, tout en gazouillant des paroles parfois peu intelligibles. Esther la rejoint sur un tabouret face à elle, habillée d'une tunique blanche et masquée (depuis la crise du Covid, auparavant les habits de ville étaient de rigueur et le masque absent).

Le premier atelier est ce qu'Adèle nomme « le jeu de la lune ».

Il s'agit d'un jeu en bois constitué d'un quartier de lune, jaune, qui se pose sur la tranche et sur lequel on doit placer en équilibre des cylindres en bois de divers couleurs et tailles. Les rondins sont à placer alternativement (si deux joueurs), et la couleur à placer peut être déterminée à l'aide d'un dé dont les faces sont peintes des différentes couleurs disponibles.



Figure 10 : photo du « jeu de la lune »

C'est Esther qui fait office de maîtresse du jeu et qui ordonne les procédures : au tour de chacun de lancer le dé, validation ou non du choix des pièces en fonction de la couleur du dé, rappel à l'ordre quand la petite fille s'égare ou s'occupe d'autre chose. Elle essaie notamment de lui faire nommer les couleurs ou de guider la force du lancer de dé (parfois il est juste lâché, parfois lancé trop fort et il tombe du bureau). Petit à petit Adèle s'agite, se lève à la moindre occasion (le dé est par terre), désigne d'autres activités (le tableau à écrire mural). Esther finit par mettre fin à la séquence au bout de 3 minutes.

La transition est maîtrisée par Esther, qui rappelle à l'ordre Adèle qui tente de se lever : la suite se fera toujours au bureau, par de la pâte à modeler. La pâte est distribuée, accompagnée de feuilles plastifiées.

Prénom : _____

Je dessine les pommes du pommier

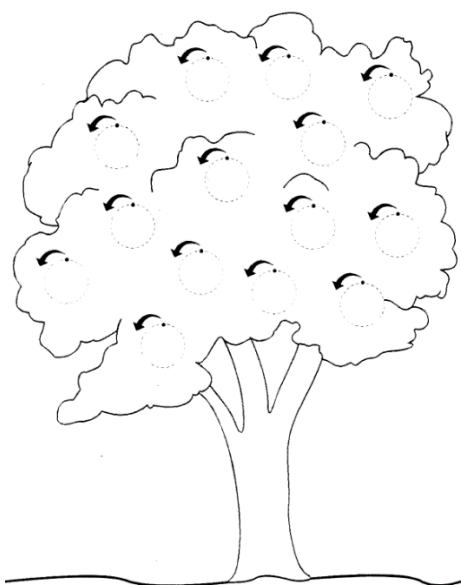


Figure 11 : feuille plastifiée proposée à Adèle pour l'exercice de pâte à modeler

Les consignes sont de modeler des petits morceaux de pâte pour réaliser des pommes à placer sur la feuille. Esther montre plus qu'elle ne décrit l'exercice et Adèle imite partiellement : la

séparation en petits bouts est aisée mais le modelage est partiel, avec des gestes peu dosés (la boule est parfois écrasée), peu rapides et peu persévérants. Le placement sur la feuille est un peu anarchique, les « pommes » ne se retrouvent pas toujours au niveau de l'arbre, ce qu'Esther corrige.

Après 3 minutes d'activité Adèle fait mine de ranger : elle prend les morceaux de pâte à modeler devant elle et les remet dans leur pot. Esther s'y oppose en lui disant « on n'a pas fini ». Adèle reprend l'activité, mais le modelage se fait moins précis, et de plus en plus, elle tape directement les morceaux de pâte à modeler sur la table pour les aplatir (au lieu d'au préalable donner la forme de boule). Bien que d'une façon non verbale, elle semble là encore faire part à Esther de son envie de changer d'activité. Elle n'obtient pas gain de cause, mais sa demande est prise en compte : « Encore 3 fois ». 3 morceaux de pâtes lui sont présentés, modelés mollement, avant qu'Esther marque la fin de l'exercice (la séquence a duré 6 minutes). Le rangement demandé par Esther se fait avec peu d'entrain, aussi celle-ci passe derrière la petite fille et la guide manuellement (elle prend ses mains dans ses mains) pour agglomérer la pâte à modeler restante et la remettre dans sa boîte.

La séquence suivante réutilise la même feuille plastifiée, mais côté verso. Là, un lion est dessiné. Esther demande à Adèle de faire les barreaux de la cage au lion avec un stylo. Là encore la démonstration est nécessaire pour obtenir la réalisation. Une fois la feuille remplie, Adèle efface elle-même sa réalisation avec un papier essuie-tout. La séquence a duré 4 minutes de plus, marquée par très peu de paroles d'un côté comme de l'autre, l'exercice semblant être connu.

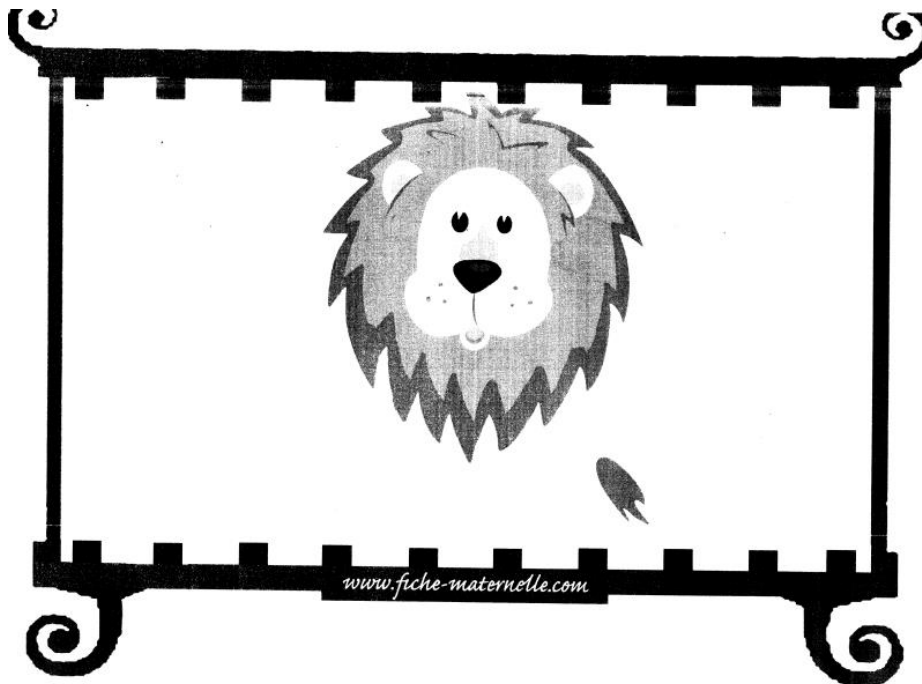


Figure 12 : feuille plastifiée proposée à Adèle pour l'activité dessin

A l'issue de cette séquence, Adèle ne fait pas mine de se lever, attendant calmement la proposition suivante. Esther lui présente une boîte plastique transparente, dont elle a l'air de connaître le contenu. En tout cas, dès qu'elle lui est confiée, elle l'ouvre et commence à en vider le contenu manuellement. Il s'agit de petites « perles » en plastique multicolore de quelques millimètres.



Figure 13 : L'exercice de la pince et des perles

L'exercice est là encore connu, car peu de paroles sont échangées. Esther propose une pince à Adèle (Esther la ferme et l'ouvre plusieurs fois devant elle, comme pour lui signifier son fonctionnement : « tu fais comme ça »). Adèle la prend de bonne grâce et tripote la boîte de perle avec, sans réellement les attraper. Les tentatives avec la pince ne durent qu'une minute. Elle n'a pas l'air d'y arriver et s'agite. Esther dévie alors l'exercice sur l'enfilage des perles sur un fil : « il faut que tu enfiles 3 perles ». Les premières perles millimétriques sont trop difficiles à enfiler pour la petite fille. Après plusieurs échecs, Esther lui en propose alors des plus grosses (1 centimètre environ) en bois. Elle réussit alors à en accoler 3, obtenant des félicitations. Les perles sont alors rangées conjointement avant que la question « Tu veux aller voir maman ? » n'indique la fin de la séance.

Après avoir remis elle-même ses chaussures, Adèle ouvre la porte et sort. La séquence filmée a duré 25 minutes.

Carnet d'observation : notes prises le 28/08/2020 d'après l'observation (ici sans la kinésithérapeute) d'une séance réalisée et filmée le 26/08/2020.

Cette séance montre des exercices pouvant sembler très profanes, ce qui s'oppose à la logique professionnelle où le travail revêt une certaine complexité (justifiant les paris en situation de forte incertitude ou les études longues pour s'y préparer). Ce cas du travail thérapeutique du kinésithérapeute sera analysé en suivant les mêmes thématiques que le bilan de Paul, le découpage et le contrôle du temps ainsi que les modes de communication. Ici, toutefois, l'aspect profane sera ensuite discuté avec les intentions verbalisées par Esther durant l'entretien où elle était confrontée à la vidéo de sa séance, mais aussi par le vécu verbalisé par la mère d'Adèle quant à ces années de rééducation.

Un temps cadré

Le temps de séance semble ici plus contraint que lors de la phase de bilan. Pour autant, il est l'objet de réadaptations régulières d'Esther qui doit prendre en compte les demandes d'Adèle.

Le temps d'interaction entre Adèle et Esther est légèrement inférieur à 30 minutes. A ce temps d'exercices il faut ajouter un temps non filmé d'échanges avec la maman et de prise de rendez-vous. Le respect de l'agenda et du temps à consacrer à chaque patient délimite ici précisément la rééducation. Si lors de la séance bilan le temps pouvait être ajusté aux besoins, lors de la thérapeutique le contenu s'adapte au temps imparti. Pour autant, la kinésithérapeute ne maîtrise pas seule la progression de la séance : Adèle, par ses marques d'impatience, ses demandes, ses réussites et ses échecs, contribue pour beaucoup à la temporalité et à la progression des exercices. D'un côté, Esther choisit les exercices, est garante de l'ordre (rappel à la position assise, à la bonne réalisation de l'exercice) et de la temporalité générale (début, fin de séance, protocolisation des chaussures). De l'autre, c'est la persévérance d'Adèle, sa capacité ou non à faire les exercices demandés, sa compréhension (et pré-connaissance ou apprentissage progressif) de l'exercice qui module ce cadre général (temporel, types d'exercices). L'analyse s'appuyant sur les concepts de prudence permet de mieux comprendre cette interdépendance. Selon Florent Champy⁷⁶⁶ « *Le concept de prudence a été forgé par Aristote pour désigner un mode de connaissance et d'action pertinent quand l'application directe de savoirs scientifiques ou de routines est mise en défaut par la complexité et la singularité de la situation ou du problème à traiter. Cette complexité et cette singularité ont pour conséquence l'irréductible incertitude des résultats du travail professionnel (aléas du maintien de l'ordre, réactions variables des patients à un même traitement, inégale compréhension d'un même enseignement par différents élèves, etc.) et, partant, les difficultés particulières rencontrées pour formaliser ce travail.* ». Ici la malléabilité du temps consacré aux exercices est à relier à la réaction variable d'Adèle.

Les changements d'exercices mettent en balance le temps total de séance pré-défini, les impératifs d'adaptation à la petite fille et les notions issues du diagnostic du kinésithérapeute (prenant en compte le diagnostic médical et son bilan). Ces notions sont intégrées et reliées à une forme de pronostic : cette petite fille a des incapacités et des capacités, la pratique régulière d'exercices (la thérapeutique) ajustés au mieux à ce qu'elle peut faire permettra le déplacement de la frontière vers plus de capacités. L'exercice des perles est représentatif de cette inférence⁷⁶⁷ en permanence présente entre l'acte thérapeutique et le diagnostic⁷⁶⁸ : il est choisi parmi les possibilités infinies d'exercices de motricité fine pour le côté ludique adapté à une petite fille. La première version est proposée avec des perles encore trop petites pour cette séance, il y a donc une incapacité encore trop grande dans la praxie fine de cette petite. Le jugement est révisé pour proposer une thérapeutique plus adaptée, un exercice de praxie similaire mais avec des perles plus grosses : il ne s'agit plus d'un « trouble praxique de telle ampleur »

⁷⁶⁶ F. CHAMPY, « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris, Presses universitaires de France, 2011 », art. cit.

⁷⁶⁷ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁷⁶⁸ Ce lien entre thérapie et diagnostic est aussi analysé par Julien Prud'homme comme un élément expliquant la professionnalisation des kinésithérapeutes québécoises : « *Que font les paramédicales de leur journée ? Elles travaillent, et au fil de leur travail, à mesure qu'avance le 20^{ème} siècle et que s'étendent les institutions de santé, elles apprennent à maîtriser des diagnostics et des thérapies qui leur sont propres, à interpréter les maux sous l'angle de leur seule expertise.* » J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit, p. 13.

mais d'un « trouble praxique d'une plus grande ampleur ». Il s'agit d'une forme de diagnostic dévalué : informel et non verbalisé, de par son intrication avec la thérapeutique. Anne Moyal relève aussi une part de diagnostic dans le travail infirmier, très vite cachée (régularisée) par la tutelle médicale : « *Alors que les médecins voient une majorité de patients seulement en cas de pathologies aiguës ou de visites de contrôle, les infirmiers (mais aussi les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthophonistes) peuvent être amenés à les suivre sur la durée, à un rythme plus fréquent et parfois même à domicile, notamment pour les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Cette proximité des infirmiers avec les patients a une double implication. D'abord, ces professionnels ont souvent des informations que les médecins n'ont pas et dont ces derniers ont besoin pour leurs prises de décisions. Ensuite, cette présence au chevet des patients, et en l'absence du médecin, peut les amener à formuler des diagnostics in situ et à réaliser certains actes de soins non prescrits. Plusieurs médecins nous ont ainsi confié « régulariser », a posteriori par ordonnance, des soins déjà réalisés par des infirmiers.* »⁷⁶⁹. Adèle revient régulièrement au cabinet, à hauteur d'un ou deux rendez-vous par semaine au cours de ses premières années de vie, fréquence espacée à deux rendez-vous par mois à compter de la rentrée 2020. Ce choix signe le retour progressif à l'état normal : le temps de thérapeutique diminue dans l'emploi du temps. C'est Esther qui a ainsi transigé entre le retard moteur d'Adèle et l'augmentation de son temps scolaire (et l'espoir de voir ce travail scolaire prendre le relais du travail kinésithérapique). Là encore les notions pronostiques interviennent : ce temps de prise en charge devrait suffire à la progression d'Adèle.

La gestion temporelle, qu'elle soit au sein de la séance ou dans le rythme de prise en charge, est une contrainte singulière, qui rend cette rééducation non protocolisable et crée une « irréductible incertitude » dans la manière de parvenir aux fins rééducatives.

Le discours du kinésithérapeute

La communication orale reste, pour les kinésithérapeutes, plus importante que l'écrit. Pourtant, sur le temps long de la rééducation, ce discours, qui varie entre le profane et l'alignement sur le lexique médical, peut s'imposer aux patients et proposer le kinésithérapeute comme spécialiste légitime du domaine de la motricité.

Malgré l'espacement des séances, l'écrit reste peu mobilisé. Esther ne note pas son contenu de séance et ses observations. Elle compte sur sa mémoire pour enregistrer les besoins et adapter la séance suivante :

« Enquêteur : *Tu prépares ta séance quand ?*

Esther : *Ben la fois d'avant, des fois, je me dis : il faudra que je fasse ça la fois d'après... Et quand je revois l'agenda.... [je m'en rappelle]*

⁷⁶⁹ Anne MOYAL, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2020, p. 103.

Enquêteur : *Tu prends des notes des fois ou pas ?*

Esther : *Pas régulièrement. Quand il y a des changements ou des grosses difficultés ou des choses que j'ai envie de noter... Mais j'essaie de faire au moins 4-5 séances sur la même chose et pas de trop changer à chaque fois. Essayer de voir si on le fait de manière répétée, si... il y a quand même une progression »*

Entretien avec Esther devant la vidéo d'Adèle, 08/09/2020.

En dehors de la capacité de la kinésithérapeute à mémoriser son travail, c'est l'évolution lente des capacités physiques qui explique pour partie le peu d'écrit : il n'y a pas de changements majeurs d'une séance sur l'autre, ce qui rend l'écrit inutilement coûteux.

L'oral est aussi peu présent au cours de la séance, Esther indique les consignes parfois oralement, mais le plus souvent par des gestes, l'ouverture des jeux, le toucher et la démonstration. Alors que durant le bilan de Paul, ses commentaires cachaient les touchers de l'examen, lors de la thérapie c'est les gestes qui prennent de l'importance et les commentaires disparaissent (l'absence de la mère amplifie bien sûr le constat, mais cette prévalence du toucher sur la parole se retrouve dans les observations de traitement en présence des parents). Finalement la thérapie fait ici la part belle aux gestes plutôt qu'aux mots. Or, dans la logique professionnelle, le discours⁷⁷⁰ sur les actes est incontournable : « *La description, dans la médecine clinique, n'a pas pour sens de mettre le caché ou l'invisible à la portée de ceux qui n'y ont pas accès ; mais de faire parler ce que tout le monde voit sans le voir, et de le faire parler aux seuls qui soient initiés à la vraie parole* »⁷⁷¹. Il faut une mise en lexique pour quitter le niveau de la pratique et postuler à la détention d'un savoir. Ce sont les paroles, et les écrits, plus que les gestes qui permettent au client de présumer que l'action du professionnel est sous-tendue par des connaissances avancées. Or, lors de la séance, cette mise en scène d'un savoir est faible.

Pourtant la kinésithérapeute parle à la mère d'Adèle aux marges de la séance : ainsi au moment d'aller chercher ou ramener l'enfant dans la salle d'attente, Esther explique ce qu'elle a fait et ce qu'elle espérait. Dépassant la simple verbalisation des exercices, il s'agit d'émettre un jugement sur les capacités motrices et de le présenter au profane. Parfois présents (mais diffus, l'attention restant sur les gestes) au cours de la séance quand les parents y assistent, ces échanges oraux sont les réels moteurs de la reconnaissance sociale de la kinésithérapie. Ainsi les deux entretiens à 3 ans d'intervalle avec la mère d'Adèle démontrent les régimes de vérités successifs accordés aux paroles.

⁷⁷⁰ Il y a là une référence indirecte à Foucault (Michel FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, Repr., Paris, Gallimard, 2008.) qui propose que l'objet du discours est fabriqué par le discours lui-même dans le cadre de la médecine ou de la nature. Pour lui, le discours n'est pas l'énoncé de choses réelles mais, à l'inverse, naîtrait à partir de pratiques sociales et de cultures s'appropriant les choses réelles. Le discours permet à la partie de la population qui le maîtrise de se rendre maître du sujet et de l'objet réel désigné. C'est ce qu'il analyse, par exemple dans le cas de la folie dans le processus de désignation, description et exclusion. Il y a un travail discursif de segmentation des objets et de réarrangement classificatoire qui permet une prétention à un savoir supérieur, plus valorisable que le savoir immédiat, et donc une distinction des tenants du discours, dans notre cas les professionnels.

⁷⁷¹ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 116.

En 2017, lors du premier entretien, Adèle est gardée à la maison, tient tout juste assise, ne babille pas. Mais ce n'est pas sur ces aspects moteurs que la maman s'étend, c'est plutôt sur la longue hospitalisation, décrite comme une période d'inquiétude quant au risque vital :

« [durant l'hospitalisation] Il y avait la sonde pour l'alimentation, tout ça, on connaît les risques si la sonde est mal placée. Enfin voilà. Donc ça c'était la grosse angoisse [...] C'était un jour bien, un jour pas bien, un jour bien, un jour pas bien. Mais ils nous avaient prévenu. Hein. Ils nous avaient prévenu mais enfin bon on le sait mais tant qu'on l'a pas vécu... On se rend pas bien compte. Mais y a une fois où ils ont été obligés de stopper l'alimentation parce qu'elle était vraiment trop ballonnée. Ils avaient peur, le gros risque, chez les nouveau-nés comme ça, c'est des entérococolites. Ils ont dû stopper l'alimentation comme ça pendant 24 heures, après ils ont réintroduit. Elle a eu une fois un épisode où elle a fait une détresse quand même respiratoire. [...] C'était vraiment au jour le jour, et puis chaque jour qui était passé c'était un jour de gagné. On a vraiment vécu ça comme ça. »

Entretien du 11/12/2017

La rééducation apparaît peu et les préoccupations concernent le maintien de la fonction respiratoire et la maturation de la fonction digestive permettant la prise de poids. Les actes pratiques existent et sont vus (la sonde pour l'alimentation est là) mais on ne sait pas qui des puéricultrices ou des médecins les réalisent. Ce qui compte c'est le jugement exprimé par les médecins sur l'état de santé d'Adèle. Ce discours fait exister et hiérarchise les dangers pour l'enfant :

« Mère d'Adèle : On nous avait dit... Ils nous avaient fait peur avec ça. Ben, déjà, il y avait un gros doute sur la viabilité... Bon, déjà, ça, ça a été la grosse angoisse. On s'est même posé la question avec son papa si on faisait une interruption médicale de grossesse. Et après voilà. Si on la faisait naître on savait que... Qu'il pouvait y avoir des soucis durant son séjour en réa. Qu'il pouvait y avoir des handicaps et ça, de toute façon les pédiatres nous avaient dit... Même en réa, quand ils étaient en réa, avant... Ils allaient savoir... Ils pouvaient nous dire s'il allait y avoir des soucis que à partir du terme prévu de l'enfant. Donc ça a été... Oui... On avait... On était au courant qu'il pouvait y avoir des soucis.

Enquêteur : Mais ces doutes ils sont passés aujourd'hui ?

Mère d'Adèle : Oui.

Enquêteur : Vous vous souvenez à peu près sur quelle période vous avez commencé à vous dire que... Que ça allait mieux ?

Mère d'Adèle : C'était avant l'été, quand j'avais vu sa pédiatre de ville qui m'avait dit « vous savez que là maintenant elle est tirée d'affaire », donc là je me suis dit bon, c'est bon. Elle est tirée d'affaire mais je... Même à l'hôpital on m'avait dit qu'elle devait être suivie jusqu'à ses huit ans par le réseau. Elle est tirée d'affaire mais je sais qu'il va encore y avoir une surveillance et qu'elle peut avoir des soucis sur l'apprentissage... »

Entretien du 11/12/2017

Si les références aux troubles moteurs ultérieurs sont de l'ordre du secondaire, elles existent par la parole médicale (les médecins l'informent de son suivi par le réseau, c'est-à-dire pour suivre les troubles ultérieurs possibles). Ce sont d'abord eux qui inscrivent le problème moteur comme réel. Ce n'est que secondairement, une fois la rencontre avec le kinésithérapeute effectuée, que sa parole peut exister :

« Alors [en rééducation à l'hôpital de jour] on m'avait expliqué comment la... Aussi comment la porter. On m'avait dit qu'il fallait bien essayer de la regrouper quand je la prenais. De bien la rassembler quand je la changeais. »

« Le tapis de sol, je l'ai acheté quand même assez tard. Quand elle pouvait se mettre... Enfin, avec vous, quand on a commencé à travailler un peu plus sur le ventre. C'est là que peu après j'ai acheté le tapis de sol. »
Entretien du 11/12/2017

Il s'agit alors de références à des conseils ou des jugements émis (maintenant il est possible de travailler sur le ventre). La verbalisation des étapes thérapeutiques signe alors un savoir possédé par le thérapeute et partagé au client, qui s'impose alors à celui-ci. Alors que la réalisation de gestes thérapeutiques par un travailleur de la santé signe surtout un savoir-faire pratique, c'est le discours autour de ceux-ci qui a un réel impact normatif sur le client. La capacité à changer des habitudes dans les relations mère-enfant ne peut s'appuyer que sur une légitimité reconnue par la mère. Ici il s'agit d'une famille issue de la classe moyenne supérieure (en ascension sociale pour la mère) qui accorde un crédit suffisant au diagnostic de développement moteur de l'enfant proposé par le kinésithérapeute et réagit donc en conséquence : il y a une importance à stimuler l'enroulement dans les 3 premiers mois, tel portage sera donc adopté. Il y a une importance à stimuler la motricité sur le ventre durant les 6 premiers mois, un tapis de sol sera acheté en conséquence. L'application de ces conseils et la venue régulière en séance rend compte d'une reconnaissance à juger de la motricité du bébé, et que ce jugement s'impose comme une réalité.

Si dans un premier temps la reconnaissance du savoir kinésithérapique se fait par délégation médicale et sous le régime du soin secondaire, un point de bascule s'établit quand le médecin verbalise la fin du danger vital. La mère d'Adèle le décrit avec précision dans le second entretien 3 ans plus tard :

« Comme elle avait un gros retard de croissance, par rapport à la prise de poids, par rapport à l'évolution de ses courbes... Il y avait quand même de l'inquiétude et puis... Je dirais... A un an, quand elle a eu un an, ça a commencé à aller mieux... Voilà, la pédiatre m'a bien dit qu'elle était vraiment tirée d'affaire... A un an ça allait mieux. Après il y a toujours des inquiétudes par rapport à l'évolution, ben voilà... Les apprentissages... Et ça ben toujours parce qu'il y a toujours des retards par rapport aux autres enfants, ça ben on a toujours un peu d'inquiétude... Il y a un moment... ah si... elle arrivait pas à fixer son attention... J'ai eu quand même très peur qu'elle soit hyper-active. »
Entretien du 02/09/2020

L'affirmation par le médecin que le danger vital est écarté procure à la maman un soulagement, c'est-à-dire que la parole médicale signale une vérité à propos de la vitalité de la petite fille. Pour autant, dans le même temps, l'autre danger, pris en charge par les rééducateurs demeure. Ces derniers, au fur et à mesure de leurs interventions ont gagné en légitimité, y compris par rapport aux médecins :

« Par rapport aux autres enfants, il y a toujours un retard, du coup elle va toujours chez l'orthophoniste... On y allait une fois par mois, et là on va commencer à faire une fois par semaine, on va accentuer un petit peu la prise en charge [...] J'ai quand même insisté un petit peu parce que le docteur YYY trouvait que une fois par mois c'était suffisant [...]. Mais bon, là on va quand même augmenter à une fois par semaine et on pense que ça sera quand même plus bénéfique pour elle qu'une fois par mois. »
Entretien du 02/09/2020

Ce choix d'intensité de la rééducation orthophoniste indépendant de l'avis médical se retrouve dans les choix liés à la kinésithérapie. Ainsi la poursuite de la prise en charge durant l'année scolaire 2020-2021 est d'abord un choix guidé par l'avis d'Esther.

Pourtant deux limites restent perceptibles : l'activité très pratique tend à invisibiliser le savoir, qui n'est perceptible qu'à travers un discours, tenu plutôt dans les marges de la séance. De plus, ce discours fait moins l'objet d'une construction savante que le discours médical, il reste alors accessible au profane :

« La famille peut dire, la belle mère qui disait moi à son âge il faisait ci, il faisait ça... mais bon enfin après je comparais pas trop... Après on me disait ben moi elle faisait déjà ça, elle devrait... Comme pareil la propreté, on me disait ah tu devrais insister pour le mettre sur le pot, mais vous me disiez de toute façon tant qu'elle sait pas monter et descendre les escaliers ça sert à rien d'insister. »

Entretien du 02/09/2020

L'enchevêtrement du verdict de la belle-mère et de celui du kinésithérapeute est d'autant plus révélateur que je n'ai aucun souvenir d'avoir donné ce critère (de l'ordre de la sagesse populaire) quant à la maîtrise de la continence. Le savoir kinésithérapique se rapporte à des faits communs, ici le bébé rampe à tel âge, le bébé tient assis à tel âge, qui peuvent être comparés directement. La faible mobilisation d'une lexicologie propre y est pour beaucoup dans le maintien à un niveau profane. Les capacités motrices des enfants peuvent ainsi être évaluées par une échelle de Denver, qui répertorie les capacités des enfants en fonction de leur âge. Or Esther, qui présente parfois cette échelle à des stagiaires, ne décrit pas Adèle comme « *en retard par rapport aux critères de l'échelle de Denver* », mais comme en difficulté « *pour copier un rond* » (90% des enfants de 3 ans et demi y arrivent selon Denver) ou « *connaître les couleurs* » (75% des enfants de 3 ans et demi y arrivent selon Denver).

Finalement le kinésithérapeute s'impose progressivement comme un spécialiste, normatif dans son domaine, intervenant dans « *l'histoire d'un individu, d'une famille, d'une communauté* »⁷⁷². Cette caractéristique est un trait fondamental des professions : pour reprendre Jérôme Michalon, « *À travers le triangle science/professions/objets, il s'agit autant de représenter le monde que de le façonner à l'image de cette représentation. Changer le monde selon une théorie est une dimension fondamentale du travail professionnel* »⁷⁷³. L'absence de filtre lexical pour lire l'écart à la norme fragilise les kinésithérapeutes, d'autant que l'essentiel de leur travail ne consiste pas en un discours mais en des actes pratiques, c'est-à-dire en l'étalage d'un savoir-faire plutôt qu'un savoir. Pour autant, la mère d'Adèle reconnaît un domaine propre, un « *niveau kiné* » :

« Après au niveau kiné ben quand elle a commencé à marcher, ça, ça a été aussi une grande étape hein... »

Entretien du 02/09/2020 (nous soulignons en gras)

⁷⁷² Monique CASTILLO, « Du professionnalisme à l'éthique professionnelle », *Etudes*, 7-Tome415, 2011, p. 55-64.

⁷⁷³ J. MICHALON, « The Rise of Therapy Animals' Personhood: A Note on the Ontological Dimensions of Professional Dynamics », art. cit.

Ce « niveau » kinésithérapique témoigne d'une réelle segmentation entre kinésithérapie et médecine. Le discours répété des kinésithérapeutes notamment à distance du problème aiguë, clairement dominé par les médecins, a permis de faire que la motricité puisse être jugée légitimement du ressort de la kinésithérapie.

Au-delà de l'aspect profane, intentionnalités prêtées aux professionnels et dispositions sociales des acteurs

Les exercices ne sont jamais des gestes réservés aux kinésithérapeutes. Il n'y a pas là d'appareillages compliqués, de mobilisations précises, de touchers mystérieux, comme ont pu chercher à développer les kinésithérapeutes québécoises pour affirmer leur différence avec leurs concurrents techniciens⁷⁷⁴. En France, en lien avec la place dans la division du travail, de nombreux contenus peuvent être partagés avec le profane (séances de massages pratiquées aussi dans le cadre domestique ou à visées récréatives, séances d'électrothérapie alors que de nombreux appareils sont en vente dans les magasins de sport etc). Dans le cas d'espèce Adèle fait des jeux, tels que pourraient en proposer une mère à sa fille ou une institutrice à ses élèves. Ce contenu accessible est à mettre en lien avec la spécialité (les enfants doivent comprendre et s'intéresser à l'activité) et avec la pratique limite de fin de rééducation, rapprochant les exercices des exercices domestiques ou scolaires qui deviendront suffisant. Cette interaction est marquée par les dispositions sociales particulières du destinataire (un enfant), d'autant plus que la mère n'est pas présente dans la pièce. Il n'y a donc pas de description de l'activité à un adulte, à qui Esther pourrait expliquer les situations et mettre en scène son activité et son savoir complexe. Cette capacité à proposer des inférences complexes derrière l'acte pratique dépend alors lui aussi des dispositions sociales des professionnels.

Dans la phase thérapeutique, l'augmentation du poids des exercices par rapport aux discours peut rapprocher ce travail de celui de l'artisan ou du technicien. Cela révèle, par contraste, la prépondérance de l'intentionnalité sur l'action dans le fait professionnel. L'observation a ici cherché à saisir la réaction d'Adèle au cours de la séance et non l'action de la kinésithérapeute. Ce point de vue accentue un phénomène important qui est la séparation des mots et des choses : alors qu'Adèle voit dans la première

⁷⁷⁴ Au Québec les kinésithérapeutes tentent dès les années 1980 de privilégier, parmi leurs techniques, les plus valorisantes : « A Gatineau, encore, le re-façonnement de la liste d'attente permet de favoriser des patients dont les problèmes spécifiques mettent mieux en valeur les nouvelles modalités manuelles, comme des extensions et des mobilisations plutôt que les tractions mécaniques plus traditionnelles [...] En physiothérapie, l'essor de la recherche est facilité par la mise sur pied, en 1989, de consortiums subventionnés par le FRSQ [fond de recherche du Québec] et au sein desquels des chercheurs se taillent une place éminente, comme la pionnière Carol Richards de l'Université Laval qui y développe des thèmes propres à la physiothérapie, comme l'usage de systèmes isokinétiques [machines qui permettent de réaliser des mouvements à des vitesses constantes en mesurant la force déployée] à des fins d'évaluation. » J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit, p. 130-152.

activité « *le jeu de la lune* », Esther (lors de l'entretien ultérieur) y voit « *une évaluation de la précision du membre supérieur dans le lancer* » (de dés), « *la qualité de la pince bi ou tri-digitale dans la façon de saisir les cylindres colorés* », « *un test de la sensibilité profonde* », voire des choses plus larges sur l'état de la petite fille, comme « *un test de l'évolution du langage* » (nommer les couleurs) ou « *la capacité cognitive* » de prévision de la modification de la répartition des poids. En dehors d'une fonction d'évaluation, Esther a espoir que la répétition de ces situations conduise à une amélioration des fonctions nécessaires (précision, force, finesse et dissociation des doigts, sensibilité, capacité cognitive de prédiction). Le point de vue de l'enfant, approché par une description brute des gestes et paroles, montre qu'en l'absence de description par le professionnel de l'activité, celle-ci est ramenée à des concepts profanes. Cela nous ramène à la difficulté intrinsèque à caractériser ce qui est de l'ordre du travail professionnel, utilisant des données « scientifiques » mais non formalisables, et un travail technique : « *les acteurs professionnels eux-mêmes peuvent considérer des éléments de leur pratique comme indéterminée et guidée par des connaissances tacites, des personnes extérieures ou des membres de différents sous-groupes au sein de cette profession peuvent ne pas être d'accord* »⁷⁷⁵. Autrement dit, la catégorisation d'une pratique comme professionnelle est empreinte de jugement social.

Dans la situation du traitement kinésithérapique d'Adèle, Esther est dominée dans le champ médical et dispose de ce fait d'une palette thérapeutique réduite à ce que les médecins lui autorisent. D'autre part, la destinataire des soins, Adèle, est une enfant dont la mère est absente de la séance, à la différence du cas du bilan réalisé par Paul. Autrement dit, les contextes (place dans la division du travail) et les dispositions sociales des acteurs (ici une kinésithérapeute femme et une patiente enfant) sont des facteurs explicatifs d'un jugement sur la complexité du travail professionnel⁷⁷⁶. Cela explique que les destinataires en bas de l'échelle sociale (enfants, personnes en situations de précarités, étrangers, personnes âgées, voire les femmes) sont souvent pris en charge, dans les secteurs d'activités à pratiques prudentielles (droit, santé, éducation, social), par des professionnels dominés de leur secteur, quand ils ne sont pas dénigrés⁷⁷⁷ : ainsi, dans une enquête sur les relations interprofessionnelles en Maisons de

⁷⁷⁵ « professional actors themselves may consider elements of their practice to be indeterminate and guided by tacit knowledge, outsiders or members of different sub-groups within that profession may not agree » traduction personnelle. Michael Traynor, 'Indeterminacy and Technicality Revisited: How Medicine and Nursing Have Responded to the Evidence Based Movement', *Sociology of Health & Illness*, 31.4 (2009), 494–507

⁷⁷⁶ On retrouve une différence de traitement en fonction des catégories sociales des bénéficiaires dès Platon : « *Pour les esclaves, il y a des médecins d'esclave mais les médecins des hommes libres sont eux-mêmes des médecins libres. Les médecins d'esclave parcourent rapidement la ville et on réunit leurs patients dans certaines maisons, ils ne disent jamais pourquoi tel de ces esclaves a telle maladie et n'interrogent pas le malade à ce sujet. Ils prescrivent tout de suite ce que dicte leur expérience, avec l'autorité d'un tyran, puis se précipitent au chevet d'un autre esclave malade. Le médecin libre, en revanche, soigne exclusivement les hommes libres. Il s'efforce de découvrir le pourquoi de leur maladie en interrogeant non seulement le malade lui-même mais aussi son entourage. Toutes les fois que cela est possible, il renseigne son malade et ne donne pas d'ordonnances avant de l'avoir convaincu dans une certaine mesure. C'est alors seulement qu'il tente, par des efforts persistants de rendre la santé à son patient qu'il a d'abord apaisé par la force de la persuasion.* » PLATON, « Les lois : livre V », in *Les Lois: livres I à VI*, trad. fr. Luc BRISSON et trad. fr. Jean-François PRADEAU, Paris, Flammarion, 2006, p. 466.

⁷⁷⁷ François Xavier Devetter et Emmanuelle Puissant retrouvent ainsi l'aspect profane du travail et la naturalisation des qualités nécessaires au travail parmi les mécanismes de maintien des emplois de service à la personne comme déqualifiés et peu rémunérés. François-Xavier DEVETTER et Emmanuelle PUISSANT, « Economic Mechanisms

Santé Pluridisciplinaire, Anne Moyal note que « la valeur attribuée aux tâches déléguées diffère dans les discours d'un médecin à l'autre. Certains les considèrent comme des activités subalternes : « Est-ce qu'il faut avoir fait dix ans d'études pour une consultation du nourrisson ? Les infirmières savent très bien le faire ! », affirmait un médecin en réunion de concertation. »⁷⁷⁸. Les actes professionnels adaptés à ces publics dominés, moins propices à établir une distinction langagière ou conceptuelle, sont sans doute parties prenantes de la dévalorisation de ces activités. Ainsi, si depuis le XVIII^{ème} siècle de Tissot, la clinique, l'hôpital, la thérapeutique ont changé la profession médicale, ses préjugés proférés abruptement gardent sans doute une résonance : « Avant la civilisation, les peuples n'ont de maladies que les plus simples et les plus nécessaires. Paysans et gens du peuple restent proches encore du tableau nosologique fondamental ; la simplicité de leur vie le laisse transparent dans son ordre raisonnable : chez eux, point de ces maux de nerfs variables, complexes, mêlés, mais de solides apoplexies, ou des crises franches de manies. A mesure qu'on s'élève dans l'ordre des conditions, et qu'autour des individus le réseau social se resserre, « la santé semble diminuer par degrés » ; les maladies se diversifient, et se combinent ; leur nombre est grand déjà « dans l'ordre supérieur du bourgeois ; ... et il est le plus grand possible chez les gens du monde »⁷⁷⁹. En d'autres termes, plus les maladies touchent les classes sociales favorisées, plus leur prise en charge est jugée complexe. Il faut toujours, pour le professionnel actuel, se préoccuper d'un client apte à juger de ses talents. Ici Esther n'explique pas sa thérapeutique parce que la petite fille est trop jeune pour avoir un jugement sur celle-ci. Le client en bas de l'échelle sociale met ainsi difficilement en lumière le savoir du professionnel.

Se placer du point de vue du client permet de mettre en lumière l'importance de la mise en scène de la pratique professionnelle. Il est difficile de savoir si Adèle gradue les exercices proposés par sa kinésithérapeute, son médecin, les assistantes maternelles et la maîtresse d'école. Par contre, sa maman, à travers le jugement social qu'elle aura intégré, fera la différence et attribuera des intentionnalités (les professionnels seront là pour l'aider). Ce sont ces intentionnalités reconnues qui permettent de déterminer des actes professionnels, avec des visées évolutives sur son état de santé ou son éducation, et des actes occupationnels, dans tous les sens du terme.

Le client a un rôle de jugement, moins sur l'acte que sur l'intentionnalité qu'il prête au professionnel, ce qui peut être illustré par les observations de consultations médicales pédiatriques au CHU B. C'est l'intentionnalité socialement prêtée aux médecins qui complexifie le bilan clinique du pédiatre et non la gestuelle elle-même :

*Amélie [pédiatre] arrive en retard à cause de difficultés dans le suivi d'une thèse de médecine [préparée par un des internes du service].
Elle ne connaît pas la première petite, Léa, 18 mois.
Elle va la chercher dans la salle d'attente.*

Explaining Low Wages in the Personal Services Sector: An Analysis Focusing on Home Help Workers », *Travail et emploi*, Hors-série 2020, 2020, p. 53-84.

⁷⁷⁸ A. MOYAL, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP », art. cit.

⁷⁷⁹ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, op. cit, p. 15.

Le Dr XXX [neurologue] devait venir mais est en arrêt.
 Vérification des données [lit le dossier oralement et cherche confirmation de la maman]. Interrogations sur les traitements en cours. Petite née à terme mais AVC [Accident Vasculaire Cérébral].
 Suivi kiné une fois par mois.
 Questions à la maman sur le mode de garde, sommeil, alimentation... Des consultations ophtalmo et ORL sont prévues.
 Questions sur la communication verbale. Connaissance des différentes parties du visage. Question sur les manipulations « elle utilise surtout sa main gauche » « on l'occupe pour qu'elle utilise l'autre, on lui donne quelque chose à tenir à gauche pour qu'elle utilise sa main droite ».
 Amélie donne une feuille et des crayons... « Tu me fais un beau dessin ? »
 Questions sur la motricité fine via sa maîtrise des encastremets. [La petite peut-elle mettre des objets carrés dans des trous carrés ?]
 Puis vient le temps d'auscultation : Stéthoscope avec écoute des poumons, vérification des spasticité (flexion dorsale cheville et flexion du genou rapide), réflexes myotendineux : tape au petit marteau sur le tendon rotulien.
 Pendant ce temps, elle interroge la maman sur les dispositifs d'apprentissage de la marche (pousse pousse, trotteur, avancer avec le camion « le camion ça va plus être maintenant 18 mois à deux ans pour jouer avec »)
 Retour sur son examen : « C'est un poil plus souple d'un côté que de l'autre au niveau des jambes... »
 Essaie de regarder les dents mais comme ne les voit pas demande à la maman.
 Forme du crâne : « elle avait un côté qui était un peu plus plat, petite ? »
 Pesée, taille et périmètre crânien.
 La maman rhabille la petite pendant qu'Amélie remplit le carnet de santé.
 « -pour la kiné il faut que je refasse le... [l'ordonnance]
 -Oui s'il vous plaît car la dernière fois c'était 10 [séances] et on doit presque y être »
 -Il faut bien sur continuer la kiné, car elle l'utilise hein la main mais naturellement elle va pas aller vers cette main-là. [...] la kiné elle vous a donné des petits conseils de chose à faire à la maison ?
 -oui, comptines pour dissocier les doigts et l'exercice de marcher sur un rebord car elle aime pas le déséquilibre Léa.... [...] elle a du mal pour pointer, elle utilise la main entière. Pour les jeux où il faut appuyer elle a plus de force à gauche qu'à droite.
 -Après ça c'est un bon exercice. [...] Normalement pas de latéralisation avant 2ans, mais du fait de son atteinte néonatale elle s'adapte mais pas une raison pour délaisser la main droite. Plus on va stimuler plus on va forcer son cerveau à vouloir utiliser la droite mais si naturellement lui il ne l'aurait pas fait. Plus on va la stimuler moins il y aura de conséquences avec le temps. »
 Prise de prochain rendez-vous.
 Elle lui donne un auto-questionnaire à remplir avant celui-ci : « ça aide un peu à guider la consultation et à voir où il y a plus de difficultés que d'autres »
 Ordonnances.
 Observation consultation de suivi d'Amélie, pédiatrie praticien hospitalier au CHU B, 02/01/2018.

En faisant abstraction du discours et de l'intentionnalité que je prête spontanément à la situation (je propose d'emblée, durant ma prise de note, que les manœuvres effectuées sur les membres inférieurs étaient à visées de recherche de spasticité et de réflexes myotendineux) la complexité des gestes proposés s'atténue :

-Le questionnement porte sur l'organisation de la vie quotidienne, comme pourrait le faire une discussion profane empreint de sollicitude pour cette famille.

-Les exercices demandés à la petite fille sont tout aussi profanes que ceux d'Esther en kinésithérapie : dessiner sur une feuille.

-Les touchers consistent à faire des mouvements aux segments (pied, jambe) à vitesses variées, ou mettre une tape brusque sur le genou, voire à caresser la tête du bébé. Des mesures quantifiables sont faites avec un mètre ruban de couturière ou une balance.

-L'auscultation elle-même, cœur de l'action ici, ne tire sa complexité que des impensés prêtés au médecin : il s'agit d'écouter le bruit que produit le passage de l'air dans les poumons ou du sang dans la pompe cardiaque via un appareil qui l'amplifie. Ces sons peuvent être perçus de façon profane et extérieur, mais leur connotation médicale est forte, comme en témoigne la célèbre formule de René Lérique⁷⁸⁰ « la santé c'est la vie dans le silence des organes ». L'auscultation est l'archétype du geste professionnel par le mystère autour de la connaissance permettant d'identifier des bruits internes.

En réalité l'imitation de ces gestes est tout à fait possible. Les jeunes enfants peuvent d'ailleurs tout aussi bien jouer (parfois avec grand succès) à imiter le docteur que la préparation du repas ou le ménage. Pourtant la hiérarchie de la complexité attribuée semble sans appel.

Ainsi le professionnel doit se mettre en scène, complexifier ses actes par des intentionnalités acceptées et se distinguer par un lexique différent du profane. Ce constat ne remet pas en cause le bien-fondé de l'action du professionnel et la réalité des intentionnalités derrière les gestes. Mais, dans le même temps, l'institution professionnelle tient beaucoup de la capacité à les faire reconnaître au public. La complexité, marque du savoir et savoir-faire professionnel, n'est pas dans les gestes mais dans les intentions, à condition que le public l'accorde. Pour ce faire, les professionnels doivent afficher « *un contenu de savoir, une vérité érudite qui ne fait que majorer un capital de savoir et creuse la « distinction » (pour reprendre le terme de P. Bourdieu) entre une minorité savante et une populace ignare* »⁷⁸¹. Le maintien d'un écart de savoir est indispensable à la reconnaissance d'une complexité. Quand cet écart se réduit⁷⁸², l'observateur (et parfois sans doute client) peut remettre en cause l'indétermination présumée : c'est en partie la posture de Philippe Masson quand il pose que « *dans l'écrasante majorité des cas, la prescription des généralistes concerne des maladies bénignes et banales, dont la symptomatologie est largement connue, parfaitement balisée, et pour lesquelles les remèdes sont clairement établis (rhume, rhinopharyngite, gastro-entérite, reflux gastro-oesophagien, grippe saisonnière, par exemple). Bref, des maladies ordinaires et courantes qui ne se présentent pas comme des cas complexes et pour lesquels l'incertitude est faible* »⁷⁸³. Quand le sociologue note que la

⁷⁸⁰ René LÉRICHE, « Introduction générale ; De la santé à la Maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine? », in *Encyclopédie française t VI*, 1936.

⁷⁸¹ Frédéric GROS, « Vérités et contre-vérités », *Revue internationale de philosophie*, 2-292, 2020, p. 9-15.

⁷⁸² Il est envisageable que cela soit un accès, partiel, au savoir médical qui me conduise à discuter la complexité intrinsèque des pratiques des médecins.

⁷⁸³ P. MASSON, « La prescription des médecins généralistes », art. cit.

maladie prise en charge par le médecin est commune, il déconstruit par la même tout l'appareillage de complexité et relativise l'incertitude.

Le destinataire du service, faute d'être capable d'évaluer directement le travail du professionnel (ce qui peut être une différence avec l'artisanat), estime le professionnel par une discrète reconnaissance de capitaux culturels, mais sans doute aussi sociaux, voire discrètement économiques. Il est donc préférable que ce professionnel soit recruté dans les couches sociales supérieures. C'est cette tension qu'on retrouve en filigrane dans certains travaux abordant la déprofessionnalisation « par le bas », c'est-à-dire causée par la contestation des choix médicaux par des patients ou associations ayant développés une expertise contradictoire⁷⁸⁴. La réduction d'écart social entre professionnel et client est sans doute à prendre en compte dans ces phénomènes. Il sera argumenté dans la partie 3 que les évolutions des caractéristiques sociales des impétrants kinésithérapeutes sont alors de nature à influencer les attributs professionnels du groupe.

La séance d'Adèle montre des aspects prudents affaiblis par le public enfantin, qui semble écraser la complexité des actes réalisés, que pourtant, en entretien, Esther peut verbaliser. La légitimité du professionnel semble, de même, difficile à établir pour des actes essentiellement manuels. Il semble plutôt que ce soit le discours et la croyance commune sur les effets et la mise à l'écart du danger qui permettent au professionnel de s'imposer. Or pour les kinésithérapeutes ce discours se fait plutôt dans les marges de l'interaction. Ces caractéristiques font que les kinésithérapeutes ont de nombreux attributs professionnels, mais que ceux-ci restent dévalués en comparaison du groupe médical dominant.

Les kinésithérapeutes libéraux présentent une autonomie supérieure par rapport à leurs collègues hospitaliers. A l'abri du regard des médecins, ils arrivent à développer une pratique de fait autonome qui s'impose aux patients, malgré l'aspect parfois profane. Cette organisation des soins de ville et la faible dynamique démographique des médecins favorise par ailleurs un glissement d'une liberté thérapeutique à une prise de position diagnostique dans leur secteur de légitimité. Ils y développent une pratique proprement prudentielle. Celle-ci dépend cependant beaucoup d'un jugement humain : l'activité est-elle complexe ou routinisable, les pratiques semblent-elles profanes ou ésotériques, nécessitent-elles un savoir sous-jacent important ou un savoir-faire uniquement empirique ? L'exemple des kinésithérapeutes et de l'aspect dévalorisé de la prudence qu'ils mettent en œuvre montre que la frontière peut être parfois floue. Ce jugement sur le contenu du travail est certainement un facteur explicatif des protections accordées aux professions, même si les contextes de travail et les dispositions sociales des acteurs le conditionne fortement.

Conclusion du chapitre 2

⁷⁸⁴ G. ZOÏA et L. VISIER, « Une comparaison entre enseignants et médecins », art. cit.

Les kinésithérapeutes font montre d'une autonomie visible dans leur pratique. Dans plusieurs cadres d'exercices ils parviennent à établir un diagnostic propre pour décider de leur prise en charge. Une partie de leur travail consiste ainsi en des consultations permettant d'évaluer des éléments externes à leur pratique (principalement issus des sciences médicales) et des éléments cliniques propres. A partir de ces éléments, ils établissent un plan de traitement ou évaluent les traitements mis en place préalablement. Ils ajustent ainsi leurs pratiques, permettant une amélioration de leurs savoir-faire. Un savoir est mobilisé, en partie médical, mais prenant aussi en compte de nombreuses sciences accessoires (ici psychologie et développement de l'enfant par exemple). Pourtant la thérapeutique laisse peu de place à la mise en évidence de celui-ci et la faible verbalisation, dans les marges d'un traitement surtout orienté sur le toucher, se fait sur un mode en partie profane. Une normativité sur le patient existe pourtant, marquant une reconnaissance d'une légitimité dans un domaine du soin par une partie de la population. Pour autant cette pratique reste sous domination médicale : si un diagnostic existe, il est contraint par les outils laissés par la médecine et doit se contenter du toucher et de l'interrogatoire. Signe, toutefois, que ces frontières ne sont pas intangibles, l'échographie est pratiquée depuis les années 1980 par des kinésithérapeutes dans les pays anglo-saxons et est, depuis 2015, accessible sous une forme restreinte aux français. Ils peuvent pratiquer un examen dénommé « echoscopie », qui est copie conforme de « l'échographie » à l'exception de sa visée. L'echoscopie doit simplement aider le kinésithérapeute à ajuster son traitement et ne donne pas lieu à compte-rendu et proposition de diagnostic pour un tiers. De plus la médecine conserve la dénomination des maladies ainsi diagnostiquées, le kinésithérapeute ne peut qu'emprunter des termes ou, à défaut de lexique existant, rester dans un vocable profane (« troubles » de la motricité). Ce diagnostic « pour soi » plus que « pour autrui » contraint les kinésithérapeutes : ils peuvent certes adapter leurs traitements aux patients mais peinent à s'imposer aux autres acteurs du champ médical. C'est ce qui explique que dans les situations où des médecins sont intéressés à cette pratique (médecins MPR au premier chef), les kinésithérapeutes peuvent être renvoyés à leur rôle administratif de techniciens exécutants : le diagnostic moteur médical s'impose avec plus de poids, ne leur laissant que l'exécution des actes en découlant.

La kinésithérapie se présente comme une activité souvent autonome mais dominée. Cette situation interroge les théories sociologiques des professions. Pour les fonctionnalistes du milieu du XXème siècle, les professions n'admettent pas de domination car elles répondent à un besoin fonctionnel de la société : cette fonction de contrôle de la légitimité du patient à ne pas exercer ses fonctions sociales explique la liberté intrinsèque de la médecine. La culture professionnelle est vue comme vectrice de propriétés morales protégeant le client : *« "L'idéologie" de la profession insiste beaucoup sur l'obligation du médecin de placer le "bien-être du patient" au-dessus du sien et considère le "mercantilisme" comme le mal le plus grave et le plus insidieux auquel il doit faire face. La ligne est donc tracée principalement vis-à-vis des "entreprises". Le "motif du profit" est censé être radicalement*

exclu du monde médical »⁷⁸⁵. Même si Talcott Parsons n'est pas dupe du rôle des Ordres dans le contrôle de ces idéologies⁷⁸⁶, il considère que la bonne adéquation à son rôle social est prépondérante dans la société. Finalement pour les fonctionnalistes, dans l'antagonisme intrinsèque entre Hubris et Phronésis, les professions ne peuvent jouer leur rôle qu'en favorisant la seconde au détriment de la première. Pour remplir ce rôle, les professions doivent donc librement adapter des connaissances générales à des difficultés pratiques particulières⁷⁸⁷. C'est ce point de vue que reprend le courant prudentiel. Sans être convaincu par le rôle social acquis par les individus lors de la formation, ni leur désintéressement incorporé, Florent Champy propose que la particularité de la tâche du professionnel justifie toutefois une reconnaissance propre. Ainsi, la prudence serait au fondement de la pratique professionnelle, qui doit faire des paris dans des cas de fortes incertitudes quant aux résultats. Le professionnel doit prendre en compte des connaissances théoriques et pratiques et délibère en fonction du cas irréductiblement singulier. Pour cet auteur, ce mode de travail présente une vulnérabilité⁷⁸⁸ car la nécessité de recul suffisant pour faire des paris s'accommode mal des pressions, notamment de natures bureaucratiques (qui entraînent des « *rappports hiérarchiques inhibiteurs de responsabilité* »⁷⁸⁹). Cette nécessité de protéger spécifiquement ce mode de travail explique alors les protections accordées aux membres des profession.

Les interactionnistes, même s'ils voient dans les professions un « *Folk concept* »⁷⁹⁰, entérinent par leurs critiques le statut social favorable des professionnels. Pour eux c'est justement la domination illégitime sur un champ d'activité et l'absence de contrôle sur leurs actes qui est discutable dans le statut professionnel. Pour Everett Huges⁷⁹¹ les métiers deviennent professions par la reconnaissance d'une « licence », c'est-à-dire la nécessité d'une autorisation pour exercer, et d'un mandat, c'est-à-dire la reconnaissance officielle de ce métier comme apte à remplir la mission confiée. Or une licence et un mandat ferment le marché du travail⁷⁹² et permettent de passer outre les tensions internes pour revendiquer des protections spécifiques dans des activités « essentielles » ainsi monopolisées⁷⁹³. Le

⁷⁸⁵ « *Le fait le plus marquant est peut-être que même leurs propres associations professionnelles ne jouent pas un rôle vraiment important dans le contrôle de la pratique médicale et de ses abus potentiels* » T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit, p. 293.

⁷⁸⁶ *Ibid.*, p. 316.

⁷⁸⁷ Ivy Bourgeault et ses collègues parlent de plus grande satisfaction au travail dans le cas d'une activité reconnue comme professionnelle, même si cela génère un stress au travail plus important (la capacité de pointer ce stress supérieur aux travailleurs des métiers « occupationnels » est cependant peu prise en compte dans cette étude). Ivy BOURGEAULT, Jungwee PARK, Dafna KOHEN, Jelena ATANACKOVIC et Yvonne JAMES, « A Gendered Analysis of Work, Stress and Mental Health, Among Professional and Non-Professional Workers », *Professions and Professionalism*, 11-2, 2021.

⁷⁸⁸ F. CHAMPY et M. O. DEPLAUDE, « Comment parler des professions? », art. cit.

⁷⁸⁹ *Ibid.*

⁷⁹⁰ H. S. BECKER, *Sociological work. Method and substance*, op. cit.

⁷⁹¹ E. C. HUGUES, « The making of a physician. General Statement of Ideas and problems », art. cit.

⁷⁹² C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.

⁷⁹³ Pierre TRIPIER, « La sociologie du travail à travers ses paradigmes », in *Génèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses universitaires de Lille., Lille, 1994, p. 29-47.

contrôle de la formation⁷⁹⁴, de la recherche disciplinaire⁷⁹⁵ ou des normes légales⁷⁹⁶ sont d'autres moyens que les professions ont développé pour maîtriser leur écologie. L'éviction des dominations est donc, pour certains interactionnistes, au fondement même de la revendication professionnelle.

Le cas de la médecine fait alors figure d'idéal-type du fait professionnel, en rassemblant les propositions des divers courants théoriques⁷⁹⁷. Par comparaison, les kinésithérapeutes sont soumis à des éléments objectifs de domination, notamment du fait du groupe médical dominant, mais aussi via les tentatives administratives de rationalisation de leur travail (étudiées ici surtout dans leur versant hospitalier). Leur travail en lui-même révèle une pratique professionnelle prudentielle, mais l'organisation actuelle de celui-ci reste celle d'une activité technique. Il y a disjonction entre le support de la pratique prudentielle, c'est-à-dire la corporation qui propose un travail selon ces principes, et le secteur d'activité à sensibilité prudentielle (la santé, le droit ou l'éducation...). Au sein de ces secteurs, des corporations se sont imposées comme répondant à un besoin légitime et occupent l'espace d'analyse. Leur comparaison avec des secteurs typiquement marchandisés ou bureaucratiques⁷⁹⁸ renforcent la naturalisation de leurs propriétés. Or, pour reprendre le matériel empirique mis à disposition par Florent Champy, « l'architecture » a des propriétés éventuellement différentes du travail d'un « architecte ». Si un « architecte » conçoit un projet qui ne prend pas en compte « à des degrés divers l'harmonie interne, l'harmonie externe, le respect des contraintes de la construction, le respect des contraintes du site »⁷⁹⁹, il ne fera pas de « l'architecture ». Inversement, durant la « parenthèse du moyen âge »⁸⁰⁰, si les constructions respectent des exigences architecturales, elles sont réalisées par des maîtres d'œuvre utilisant des méthodes empiriques. De ce fait, « le Moyen âge est une période d'architecture sans architecte ». On peut donc entrevoir une disjonction entre l'institution professionnelle et le fait professionnel prudentiel. Les kinésithérapeutes ont le fait, mais pas l'institution.

⁷⁹⁴ H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit.

⁷⁹⁵ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit.

⁷⁹⁶ Pascal LOKIEC, « Une lecture juridique des choix difficiles », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-3, 2009, p. 116.

⁷⁹⁷ Des nuances peuvent exister dans l'analyse du contrôle médical sur l'objet santé. Un cadre légal détermine ses limites d'intervention et un cadre déontologique, bien que lâche, détermine contractuellement des bornes aux arbitrages possibles entre cas individuels et politiques (un médecin ne peut donner la mort à un individu qui le demande à titre de soulagement parce que le politique le refuse ; et il ne peut répondre à une injonction politique de torture sur un individu parce que le soin à ce dernier prime). Cet arbitrage entre cas individuel et politique, au cœur des écrits de Paul Ricoeur sur la médecine, se traduit par des politiques managériales hospitalières qui, bien que mal vécues, peuvent être rapprochées d'un contrôle politique de l'importance du coût du soin à balancer avec la nécessité de soin individuel. Il s'agit alors de pressions sur l'activité, plus que de domination : à l'intérieur du champ, les médecins déterminent leurs pratiques.

⁷⁹⁸ E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

⁷⁹⁹ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 73.

⁸⁰⁰ *Ibid.*, p. 87.

Conclusion de la partie 1

La santé, définie par l’OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental ou social », semble bien large pour la seule profession médicale. Pourtant, en France jusqu’à nos jours, celle-ci a réussi le tour de force de maintenir une hégémonie en termes de légitimité dans le domaine⁸⁰¹. Il n’en reste pas moins vrai que tous les secteurs du soin n’ont pas été investis avec la même intensité⁸⁰² et que les changements des typologies socio-professionnelles des médecins⁸⁰³ accentuent sans doute l’affaiblissement de cette mainmise. En santé, la première incertitude concerne le maintien de la vie. Et c’est ce domaine qui fait l’objet des attentions majeures de la profession médicale. Mais les problèmes de santé sont bien plus vastes : alimentation, douleur, handicap, capacité cognitive, grossesse⁸⁰⁴, addictions⁸⁰⁵, esthétique⁸⁰⁶... Et dans un optique de développement d’une société du risque⁸⁰⁷, ils ont tendance à se raffiner, c’est-à-dire à se multiplier en se différenciant, rendant inopérants les calculs de besoins de santé⁸⁰⁸. Ces problématiques peuvent alors être rattachées directement à la profession médicale ou être confiées à des auxiliaires sous tutelle⁸⁰⁹. Ces divisions ne sont pas dues qu’à la nature des activités⁸¹⁰, comme pourrait hâtivement le laisser croire l’analyse délimitée d’une profession établie dans le cadre national, mais dépendent aussi des contextes⁸¹¹. Ainsi en Russie, à l’inverse de la France, la kinésithérapie n’est pas confiée à des auxiliaires mais pratiquée par des médecins⁸¹².

Dans ce paysage, la kinésithérapie française créée par l’agrégation de techniques de soins au début du XX^e siècle⁸¹³, s’est petit à petit transformée en une activité non plus définie par des techniques mais

⁸⁰¹ Ivan D ILLICH, *Némésis médicale: l’expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

⁸⁰² Thomas BUJON et Christine DOUURENS, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences Sociales et Santé*, 30-3, 2012, p. 33-58.

⁸⁰³ N. LAPEYRE et N. LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », art. cit ; Frédéric PIERRU, « Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? », *Empan*, 99-3, 2015, p. 38.

⁸⁰⁴ E. FILLION, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? », art. cit.

⁸⁰⁵ Patrick PERETTI-WATEL, « Morale, stigmatisme et prévention: La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, 56-3, 2010, p. 73.

⁸⁰⁶ Nicolas GUIRIMAND, « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage »: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l’entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157-1, 2005, p. 72.

⁸⁰⁷ U. BECK, *La société du risque*, op. cit.

⁸⁰⁸ Chantal CASES et Dominique BAUBEAU, « Peut t’on quantifier les besoins de santé? », *Solidarité et santé*, 1, 2004, p. 17-22.

⁸⁰⁹ M. O. DEPLAUDE, « Une fiction d’institution : “les besoins de santé” de la population », art. cit.

⁸¹⁰ Céline ROYNIER, « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire », *Les Tribunes de la santé*, 48-3, 2015, p. 33.

⁸¹¹ Ces contextes sont à mettre en lien avec les propriétés des contenus du travail (nécessitant du temps, répétitif, standardisable) et les propriétés sociales des acteurs, aptes à tenir un discours légitimant sur leur travail.

⁸¹² Larissa REMENNICK et Gila SHAKHAR, « You Never Stop Being a Doctor: The Stories of Russian Immigrant Physicians Who Converted to Physiotherapy », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7-1, 2003, p. 87-108.

⁸¹³ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit ; J. MONET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », art. cit.

par un domaine d'activité : la motricité. Ce domaine, marqué par un relatif désintérêt des médecins, a été un lieu d'innovations et de divisions croissantes, expliquant une segmentation entre métiers de la rééducation parfois concurrents.

La fin du XX^{ème} siècle a vu une augmentation de la demande de soins en général⁸¹⁴ et de kinésithérapie en particulier⁸¹⁵. L'analyse du travail hospitalier montre alors la répartition des tâches qui en découle entre groupes professionnels : aux médecins la gestion des dangers les plus valorisés socialement (la mort en premier lieu), le travail diagnostique et, occasionnellement, le travail thérapeutique s'il est peu coûteux en temps et à efficacité évaluable à court terme. Les rééducateurs ont alors des possibilités d'autonomie dans la gestion des thérapeutiques longues, répétées et évaluables sur le temps long, voire des diagnostics s'y rapportant. A noter que la notion de rééducateurs n'est pas stable après les divisions du XX^{ème} siècle, dans ce cas d'espèce elle se traduit par des possibilités d'investissement de la part de médecins de médecine physique et réadaptation, de kinésithérapeutes ou d'autres groupes professionnels⁸¹⁶. Dans cet espace de la rééducation, les kinésithérapeutes bénéficient d'un marché du travail libéral protégé qui leur permet de s'affirmer face aux autres rééducateurs (notamment les plus proches, comme les ergothérapeutes), comme interlocuteurs privilégiés des patients en ville. Cet accès à une clientèle large, hors du regard médical, leur permet de s'imposer comme responsables de nombreux troubles moteurs. Ils ont progressivement développé une pratique diagnostique propre dans le domaine, appuyée sur les constructions médicales présentes dans leur formation. Mais, dans le même temps, ce mode d'exercice est un frein à la légitimation officielle de par la désunion consubstantielle à l'exercice de ville⁸¹⁷.

En France ce glissement vers une position de professionnel de la motricité reste donc en grande partie invisible, comme l'illustre les réponses proposées aux inégalités d'accès aux soins primaires, qui sont médico-centrées, plutôt inefficaces⁸¹⁸ et envisageant de manière seulement marginale de faire glisser des compétences des médecins vers d'autres professionnels de santé⁸¹⁹. Alors que le sentiment de

⁸¹⁴ Marc Olivier DEPLAUDE, Jean François GIRARD et François BUTON, « Forum santé société "Manquons nous de médecins?" »

⁸¹⁵ Y. CROGUENNEC, « Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle », art. cit.

⁸¹⁶ Dans d'autres situations, les ergothérapeutes ou les orthophonistes peuvent profiter des mêmes interstices. C'est le cas dans l'exemple du réseau de santé de Limoux, étudié par Magali Robelet et ses collègues, où l'ergothérapeute profite du désaccord entre médecins (jugant le bilan gériatrique demandé trop lourd et sans doute long) et payeur, dans ce cas la Mutualité Sociale Agricole, (refusant le bilan médical simple) pour instituer un « pré-bilan gériatrique » à domicile. Magali ROBELET, Marina SERRE et Yann BOURGUEIL, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 231-260.

⁸¹⁷ Ce qui est une différence notable avec leurs confrères québécois, dont les terrains d'émancipation ont été les centres de rééducation dépourvus de médecins. J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit.

⁸¹⁸ Yann BOURGUEIL et Magali ROBELET, « Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, 33, 2000, p. 2 ; Jean-Paul SAINT-ANDRE et Isabelle RICHARD, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, Janvier-1, 2007, p. 65.

⁸¹⁹ Delphine CHAMPETIER DE RIBES, « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau », *Regards*, 53, 2018, p. 57-68 ; Patrick HASSENTEUFEL, François-Xavier SCHWEYER, Thomas GERLINGER et Renate

difficulté d'accès au soin en France peut-être en grande partie lié à l'organisation général plus qu'au nombre de médecins, notamment généralistes⁸²⁰, ces choix de mesures politiques semblent entériner le médico-centrisme et l'hégémonie de la profession médicale sur la santé⁸²¹. Pourtant, les choix français ne sont pas les seuls possibles et, en Grande Bretagne, les délégations d'actes médicaux vers d'autres travailleurs de la santé ont été plus explorées⁸²². Les situations de la profession médicale anglaise, affaiblie par sa soumission au libre-échange de manière plus ancienne⁸²³, et de la profession infirmière anglaise, historiquement plus émancipée que sur le continent⁸²⁴, expliquent sans doute en partie ces choix différents en Grande Bretagne. C'est ce manque de reconnaissance institutionnelle d'un contenu du travail prudentiel qui fait qu'en ce début de XXIème siècle, les kinésithérapeutes cherchent de nombreuses voies d'autonomisation. Parmi les stratégies possibles, l'une des plus évidente est la migration, pour aller chercher des situations de travail plus émancipées de la médecine. Difficile à l'échelle internationale de par les barrières aux reconnaissances de qualifications dans les pays où la discipline s'est le plus émancipée, ces migrations sont rendues aisées par la législation européenne pour qui la liberté de mouvement et la libre concurrence sont des paradigmes fondamentaux. Ces migrations entérinent des situations professionnelles disparates mais sont aussi susceptibles de bousculer des équilibres professionnels en place.

Devant le décalage entre une pratique proposant des nuances de professionnalisme et un statut administratif d'exécutant, la thématique de la professionnalisation s'impose. De nombreux éléments vont dans ce sens : l'analyse montre des protections du marché du travail (à la fois une « licence »⁸²⁵, le D.E. de masseur-kinésithérapeute français et ses équivalents transnationaux, et un « mandat » : la prise en charge des troubles du mouvement, de la motricité et des altérations des capacités fonctionnelles). Elle montre une pratique de reproduction du corps professionnel via des infrastructures essentiellement contrôlées par les professionnels (que ce soit par un système d'écoles ou au sein d'universités plus

REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2020, p. 33.)

⁸²⁰ "Somewhat paradoxically, it appears on the basis of information collected for this study that the countries having the most doctors (especially general practitioners) view medical density as a serious or potentially serious problem, unlike those with a low proportion of doctors in the community. A more tightly focused analysis of methods of organisation for the supply of primary care – and particularly the schemes relating to access to care and the location of primary care providers – helps resolve this apparent contradiction." Laurence HARTMANN, Philippe ULMANN et Lise ROCHAIX, « Access to regular health care in Europe », , 2006, p. 19.

⁸²¹ Géraldine BLOY, « A quoi bon former des medecins generalistes ? Un modele d'apprentissage et un modele professionnel sous tensions », *Revue Française des affaires sociales*, 2-1, 2014, p. 169-191.

⁸²² E. KUHLMANN, J. ALLSOP et M. SAKS, « Professional Governance and Public Control », art. cit.

⁸²³ Patrick HASSENTEUFEL et Jacques DE MAILLARD, « Le recours au marché comme processus politique: Les réformes du gouvernement de coalition britannique (2010-2015) dans la santé et la police », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2017, p. 101 ; M. WISMAR, WORLD HEALTH ORGANIZATION et EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (dir.), *Health professional mobility and health systems*, op. cit.

⁸²⁴ Sophie DIVAY et Lucile GIRARD, « Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherche en soins infirmiers*, N°139-4, 2019, p. 64.

⁸²⁵ E. C. HUGUES, « The making of a physician. General Statement of Ideas and problems », art. cit.

vastes). Elle montre l'édiction de codes de déontologie formels via des Ordres (en France et dans plusieurs pays européens). Elle montre des contenus de pratiques difficilement réductibles à des actes techniques répétitifs. Elle montre que le contrôle médical sur les pratiques est, au mieux, purement indicatif et que les kinésithérapeutes font appel à des procédures complexes propres à la discipline, intégrant des diagnostics qui, par inférences, orientent vers des traitements différentiels. Il pourrait alors s'agir d'une phase provisoire, en cours de rapprochement avec la kinésithérapie anglo-saxonne qu'on pourrait juger en « avant-garde »⁸²⁶. Everett Hughes⁸²⁷, en citant les ostéopathes et les infirmières comme utilisant les analyses sociologiques pour justifier d'un statut professionnel avant même la Seconde Guerre mondiale (il ne cite pas les kinésithérapeutes, mais l'on peut imaginer sans trop de mal une situation proche), nous rappelle toutefois qu'à ce compte on pourrait parler d'activité en cours de professionnalisation depuis plus de 80 ans. Autrement dit, si des éléments sont en faveur d'une professionnalisation, cela ne signale en rien une réelle possibilité de voir une profession advenir.

Le constat de très grande stabilité des positions dans la division du travail pose la question de la construction d'une institution professionnelle. En dehors de la nature du contenu du travail, il existe des luttes entre groupes professionnels pour faire reconnaître leur activité⁸²⁸. Ces luttes participent aux délais, voire à l'impossibilité pour des activités en cours de professionnalisation d'atteindre un statut leur permettant de revendiquer et utiliser ouvertement un type de travail alliant connaissances théoriques, individualisation des procédés, protection de la pratique et autonomie. C'est ainsi que Michael Traynor et ses collègues peuvent utiliser les outils de la sociologie pour montrer la part d'indétermination dans le travail infirmier⁸²⁹ sans pour autant que la place des infirmières dans la division du travail n'évolue⁸³⁰. Si l'analyse des pratiques prudentielles met en lumière l'intérêt de la forme professionnelle d'organisation du travail, elle reste insuffisante pour comprendre l'établissement d'une profession. En effet, des causes extrinsèques et intrinsèques freinent ce processus : d'un côté les kinésithérapeutes n'ont

⁸²⁶ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation, op. cit* ; J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière, op. cit.*

⁸²⁷ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique, op. cit.*

⁸²⁸ « L'assignation d'une activité à l'une des trois régulations —collégiale, marchande, hiérarchique— n'est pas un fait de nature. C'est, à un moment donné, le produit localement stabilisé, consolidé dans les institutions et dans les esprits mais néanmoins vulnérable, des rapports sociaux qui ont dessiné et distribué les divers mondes de coopération et d'échange en société » selon Catherine Paradeise dans Philippe BEZES, Didier DEMAZIERE, Thomas LE BIANIC, Catherine PARADEISE, Romuald NORMAND, Daniel BENAMOUZIG, Frédéric PIERRU et Julia EVETTS, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53-3, 2011, p. 293-348.

⁸²⁹ Michael TRAYNOR, « Indeterminacy and technicality revisited: how medicine and nursing have responded to the evidence based movement », *Sociology of Health & Illness*, 31-4, 2009, p. 494-507 ; Michael TRAYNOR, Maggie BOLAND et Niels BUUS, « Autonomy, Evidence and intuition : nurses and decision-making », *Journal of Advanced Nursing*, 66-7, 2010, p. 1584-1591.

⁸³⁰ A l'inverse, c'est bien des mobilisations qui ont permis aux tagesmütter (nourrices) allemandes d'enclencher une forme de professionnalisation en faisant valoir leur rôle éducatif, appuyé par les enquêtes PISA (et un environnement politique favorable), tandis que les assistantes maternelles françaises ont jusqu'à présent été cloisonnées dans un rôle de gardiennage d'enfant. Clémence LEDOUX, « De la régulation politique des mondes de l'état providence à celle des mondes professionnels. L'exemple du care et des services domestiques », *Revue française de science politique*, 68-1, 2018, p. 53-76.

pas obtenu des administrations la reconnaissance de leur autonomie. De l'autre ils n'ont pas, à ce jour, réussi à suffisamment distinguer leur savoir du savoir profane. Il est donc temps de s'intéresser à l'action sociale autour de ces enjeux, de négociation avec les administrations et de mise en place d'un outil scientifique propre, afin de comprendre les enjeux d'établissement d'une institution professionnelle.

Partie 2 : Les représentants des kinésithérapeutes

face aux institutions de tutelle : une

professionnalisation contrainte par le poids des

quantifications dans les politiques publiques

Table des matières de la partie 2

INTRODUCTION A LA PARTIE 2	275
CHAPITRE 3 : ENTRE UN TRAVAIL CHOISI PAR LES ACTEURS ET UNE DEMOGRAPHIE CONTROLEE PAR L'ADMINISTRATION, LA DIFFICILE EQUATION DES REPRESENTANTS SYNDICAUX	277
INTRODUCTION CHAPITRE 3	277
SECTION 1 : LES KINESITHERAPEUTES ET LEUR TRAVAIL : DES CHOIX D'ACTEURS QUI ENGAGENT LA CORPORATION	280
a) <i>Une licence historique sur un « dirty job », le cas des thermes.</i>	280
b) <i>Une licence avec un mandat faible : Le cas de la gestion de la covid-19</i>	290
c) <i>La mise en lumière du travail désirable, comment la corporation tente d'orienter le travail des acteurs : le traitement des spécialités dans la presse professionnelle</i>	301
La presse professionnelle : promotion des « spécialités »	302
Parmi ces spécialités, un investissement promotionnel variable	304
La rééducation des femmes : mécanismes et arguments de promotion	307
SECTION 2 : DU NOMBRE A LA DENSITE, L'INSTRUMENT DU DENOMBREMENT PERMET A L'ASSURANCE MALADIE D'IMPOSER SES VUES AUX REPRESENTANTS DES KINESITHERAPEUTES LIBERAUX	313
a) <i>Construction du problème : la pléthore laisse place à la disparité.</i>	314
Des représentants des kinésithérapeutes inquiets de l'augmentation du nombre due aux migrations européennes.	314
Des administrations préoccupées par la répartition inégale des professionnels de santé	324
Crainte de la pléthore et mise à jour d'une inégale répartition se rejoignent dans un cadre financier contraint... ..	329
b) <i>Le dénombrement, de la mise en lumière à l'élaboration de solutions</i>	330
Le problème des migrations européennes n'est pas traité	331
Compter les kinésithérapeutes : éclairer le problème, mais aussi commencer à le résoudre	332
Les lectures des quantifications administratives peuvent varier selon les corporations	338
Des kinésithérapeutes sensibles aux quantifications	340
c) <i>Adoption des mesures : administrer plutôt que laisser les acteurs s'auto-réguler</i>	342
La régulation dans les zones les plus densément fournies en kinésithérapeutes, un processus long, témoignage d'une forte volonté administrative	343
Le chiffre devient règlement, sans mobilisation des kinésithérapeutes les plus perdants dans ce dispositif	346

<i>d) Eléments de mise en place du zonage</i>	351
Le découpage via la quantification nationale s'impose	351
La quantification, au-delà de la contrainte, la possibilité d'une ressource.....	354
CONCLUSION DU CHAPITRE 3	356
CHAPITRE 4 : LA RECHERCHE KINESITHERAPIQUE, UNE SOUMISSION A L'APPROCHE BIOMEDICALE QUI NE PERMET PAS UNE EMANCIPATION DE LA TUTELLE MEDICALE.	359
INTRODUCTION AU CHAPITRE 4.....	359
SECTION 1 : LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN KINESITHERAPIE S'INSCRIT DANS LE CADRE DES CHANGEMENTS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR.....	360
<i>a) La tutelle de la Santé sur les instituts de formation : un milieu conservateur où s'imposent pourtant des réformateurs.</i>	361
L'école des auxiliaires et le changement : la spécificité kinésithérapique niée par les réformes des cadres (infirmières)	362
A la croisée des chemins entre hôpital et université, le cas de l'IFMK A	368
<i>b) Les institutions représentatives poussent pour l'universitarisation, dans un climat favorable</i>	376
« L'Université » comme enjeu de distinction pour les groupes professionnels	377
Le processus d'universitarisation paramédical français : séparation de l'universitarisation de la formation et de l'institutionnalisation d'une filière de recherche.....	380
L'universitarisation est dépendante des facultés de médecine	388
SECTION 2 LES KINESITHERAPEUTES S'EMPARENT DE LA RECHERCHE : UN ALIGNEMENT SUR LA BIOMEDECINE UTILITARISTE QUI RESTREINT LE CHAMP DES POSSIBLES.	394
<i>a) Les pionniers de la recherche, une intégration universitaire limitée aux composantes proches, déterminant majeur des orientations scientifiques légitimes.</i>	394
Les pionniers, des kinésithérapeutes en exercice rencontrent des occasions de déplacement social	395
Une seconde génération profite des premiers rapprochements entre IFMK et universités pour avoir des carrières immédiatement académiques.	402
Des opportunités de déplacement vers des segments bien particuliers de l'université, en accord avec l'idée d'une science comme évaluation des techniques.	407
L'alignement sur l'approche scientifique biomédicale : au-delà de l'évaluation des techniques soignantes, la tentation de l'hégémonie.	418
<i>b) La méthodologie de recherche quantitative : quand la recherche du groupe professionnel entre en résonance avec les politiques publiques</i>	422
L'approche biomédicale, une norme qui s'impose aux chercheurs kinésithérapeutes.	423
Biomédecine et conséquences pour un groupe dominé : ouvrir la « boîte noire » des pratiques aux dominants. Le cas de la kinésithérapie respiratoire en cas de bronchiolite.....	431
CONCLUSION DU CHAPITRE 4	455
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	457

Introduction à la partie 2

L'organisation institutionnelle de la kinésithérapie et l'analyse du travail concret des kinésithérapeutes accréditent la thèse de changements progressifs dans la place des groupes professionnels, par l'appropriation ou la défense de mandats et licences sur un travail. Dans cette partie 2, c'est le contexte de ce changement qui sera étudié, en faisant appel au cadre théorique proposé par la sociologie de l'action publique. Il s'agit d'analyser « *le processus de transformation des rapports sociaux développés par des interactions politiques spécifiques* »⁸³¹. Comment les changements internes aux groupes professionnels ou à leur écologie, tels ici l'autonomie dans le travail, trouvent un écho auprès des tutelles ? En effet, celles-ci sont d'abord représentées par des acteurs (chefs de bureau au ministère de la Santé ou à la CNAM), qui entrent en interaction avec les acteurs représentant les kinésithérapeutes (syndicalistes ou élus ordinaires). Mais les tutelles présentent aussi la particularité d'être fortement institutionnalisées. En ce sens, l'apport du néo-institutionnalisme⁸³² doit être pris en compte : les acteurs administratifs sont eux-mêmes contraints par les politiques publiques les ayant précédés (d'où l'importance des analyses en termes de « path dependency »⁸³³), par la forte influence du cadre réglementaire et normatif de cet « environnement institutionnel »⁸³⁴ et par, ce qui est par certain côté la résultante des deux premiers, le cadre cognitif dans lequel ils évoluent⁸³⁵ (la rationalisation budgétaire ou l'importance de la stabilité des hiérarchies sociales).

De manière assez similaire, les acteurs intermédiaires sont pris entre les interactions qu'ils entretiennent avec les acteurs de terrain et un cadre institutionnel qui les contraint : dans le cas de la recherche, les scientifiques du groupe professionnel tentent tout à la fois de documenter et défendre les techniques utilisées par les kinésithérapeutes tout en souscrivant au paradigme scientifique qui leur est imposé par la domination médicale.

Cette partie 2 s'attachera donc à documenter à la fois les interactions marquantes des acteurs intermédiaires pour défendre la kinésithérapie, c'est-à-dire finalement le contexte dans lequel est produite l'action publique mais aussi le cadre cognitif qui s'impose aux acteurs. Ce second point sera abordé grâce à une analyse des instruments de l'action publique, marqueurs à la fois des rapports de pouvoir mais aussi des croyances partagées dans la description et la mise en norme du réel.

⁸³¹ Richard BALME et Sylvain BROUARD, « Les conséquences des choix politiques : choix rationnel et action publique », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 33.

⁸³² J. MARCH et J. OLSEN, « The new institutionalism : organizational factors in political life », art. cit.

⁸³³ R. PAYRE et G. POLLET, « Analyse des politiques publiques et sciences historiques », art. cit.

⁸³⁴ Henri BERGERON et Patrick CASTEL, « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? La redécouverte de l'ordre mésologique et de l'agency », *L'Année sociologique*, 66-1, 2016, p. 31-72.

⁸³⁵ P. J. DIMAGGIO et W. W. POWELL, « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », art. cit.

Les deux chapitres s'attacheront à analyser deux situations à la fois marquantes par leur importance dans la genèse des professions, mais aussi par les deux tutelles différentes qu'elles mettent en jeu.

Dans le chapitre 3, ce sera la thématique du contrôle du travail et de la démographie qui sera abordée. Les acteurs intermédiaires au premier rang de ces thématiques sont les représentants syndicaux, qui tentent tout à la fois d'orienter le comportement des acteurs de terrain, tout en étant, dans les faits, dépendants des choix de ceux-ci, et d'obtenir des acteurs administratifs de tutelle (ici ministère de la Santé et CNAM) des meilleurs contrôles sur la démographie. La faiblesse de la corporation des kinésithérapeutes sera analysée à travers la montée en puissance d'un instrument comptable de régulation démographique. Les asymétries de position de pouvoir entre administratifs et représentants des kinésithérapeutes rejoignent alors une asymétrie de maîtrise des instruments légitimes dans le cadre cognitif actuel.

Dans le chapitre 4, ce sera la thématique du développement scientifique comme marqueur de la professionnalisation qui sera étudiée. Là encore, les interactions ayant conduit à la reconnaissance d'une production scientifique seront mises à jour tout en les réinscrivant dans un cadre scientifique contraint par le cheminement historique et l'importance de la profession médicale dans le processus.

Finalement il sera montré combien les acteurs intermédiaires disposent de marges de manœuvres restreintes entre les acteurs de terrain susceptibles de rejeter leurs propositions et les acteurs des tutelles, à la fois administratives et médicales, qui sont en position de force face à un groupe professionnel dominé et qui ont une parfaite maîtrise du cadre cognitif dans lequel se jouent ces interactions. En ce sens, si ce travail souscrit aux mécanismes de luttes écologiques entre groupes professionnels, il documente dans le même temps la complexité de ces luttes, et l'incertitude quant à la traduction qui se fait entre le travail réel et sa reconnaissance institutionnelle. La professionnalisation ne fait donc pas figure de processus rationnel, mais dépend étroitement d'un bon alignement d'un contenu du travail nécessitant une approche prudentielle et d'un contexte de négociations institutionnelles favorables.

Chapitre 3 : Entre un travail choisi par les acteurs et une démographie contrôlée par l'administration, la difficile équation des représentants syndicaux

Introduction au chapitre 3

Si dans la partie I il a été montré que les kinésithérapeutes présentent des attributs professionnels, tels qu'une activité à forte composante prudentielle, il n'en reste pas moins vrai qu'un groupe professionnel se définit aussi par ses institutions formelles⁸³⁶ et la qualité de sa représentation. Il s'agit alors de porter la voix des travailleurs concernés et d'obtenir une protection et une valorisation du travail ainsi réalisé. Le fait professionnel ne se réduit pas à un travail en situation d'incertitude, il faut aussi une organisation sociale favorisant une approche prudentielle : les cas empiriques du travail kinésithérapique aux CHU A et B montrent bien que l'écologie hospitalière permet ou non l'adoption de délibérations professionnelles prudentielles. Des négociations doivent alors s'engager entre les administrations régulant le travail et les représentations des travailleurs⁸³⁷. Les représentants étudiés dans le chapitre 3 sont les représentants syndicaux, du fait de leur rôle d'interface entre les kinésithérapeutes et les administrations. Cette représentation syndicale est d'abord libérale⁸³⁸ et composée de deux grands syndicats historiques, la FFMKR et le SNMKR⁸³⁹. Ceux-ci sont reconnus représentatifs et négocient de ce fait les accords avec l'Assurance Maladie : chacun, indépendamment de l'autre, peut conclure un accord engageant alors l'ensemble des kinésithérapeutes conventionnés avec celle-ci⁸⁴⁰.

⁸³⁶ Même si l'institution peut renvoyer à un groupe informel partageant un ensemble de valeurs et de normes, ici le terme « institution » renverra aux institutions formelles, c'est-à-dire aux structures possédant une identité administrative : syndicats, ordres ou collèges scientifiques.

⁸³⁷ « *the claim to full jurisdiction is nearly always made by a formally organized group* » A. D. ABBOTT, *The system of professions, op. cit.*, p. 70.

⁸³⁸ L'exercice libéral représente 80 à 85% des emplois des kinésithérapeutes. Les salariés peuvent se syndiquer auprès des syndicats de kinésithérapeutes, non expressément libéraux, mais ils y sont minoritaires. Une part d'entre eux semble plus concernée par les évolutions statutaires des paramédicaux salariés et se syndique plutôt auprès des grandes centrales syndicales hospitalières (CGT, Sud, CFDT...). Ivan Sainsaulieu montre par ailleurs que ces centrales sont moins attractives que dans d'autres fonctions publiques : la place du médecin comme porte-parole des travailleurs du service reste forte et en concurrence avec les syndicats. Enfin, pour les kinésithérapeutes, quand des logiques « identitaires professionnelles » traversent l'hôpital et déclenchent des mobilisations c'est d'abord au profit des infirmières plus nombreuses et plus symboliques du travail hospitalier ; les autres paramédicaux étant renvoyés à des « *métiers qualifiés sans reconnaissance établie* » (Ivan SAINSAULIEU, « Collective Mobilization in Hospitals: Confrontational or Consensual? », *Revue française de sociologie*, 53-3, 2012, p. 461.)

⁸³⁹ Un troisième syndicat existe, Alizé, mais il n'a acquis sa représentativité qu'en 2021. Il n'a donc pas pris part aux négociations de l'avenant 5 évoquées dans ce chapitre et sera donc passé sous silence.

⁸⁴⁰ Depuis la création des Unions Représentatives des Professions de Santé dans chaque région (dans la foulée des ARS), ce sont ces élections qui servent d'étalon à la représentativité. 30% des voix exprimées permettent alors de signer seul et d'engager le groupe professionnel auprès de l'Assurance Maladie.

Les principales institutions de représentation des kinésithérapeutes

La FFMKR, Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs est créée en 1963. Son fonctionnement est fédératif avec des kinésithérapeutes libéraux qui adhèrent au niveau de leurs syndicats départementaux. Ces syndicats départementaux sont rassemblés au sein d'une fédération composée d'un conseil fédéral (au plus 30 membres). Pour être élu au conseil fédéral, les membres des syndicats départementaux doivent être cooptés par ceux-ci (signature de la candidature par 3 membres du conseil d'administration du syndicat départemental). Enfin le conseil fédéral élit en son sein un bureau de 4 personnes (président, vice-président, secrétaire général et trésorier). Ce fonctionnement favorise la stabilité, la notabilité et le conservatisme des élus et des instances. Entre 1966 et 2022 seuls huit présidents se sont succédés, soit une moyenne de 7 ans de mandat. Ces derniers, ainsi que leurs bureaux, sont plutôt masculins (en 2022, 19 conseillers fédéraux sur 25 sont des hommes). L'âge n'a pu être investigué de manière systématique mais les élus rencontrés sont généralement proches de la cinquantaine.

C'est le syndicat qui dispose des canaux de communication les plus puissants, notamment via deux revues, l'une à visée « scientifique » (Kinésithérapie Scientifique -KS-), regroupant des articles issus des recherches menées par des kinésithérapeutes (sélectionnés après relecture par les pairs). L'autre à visée plus « pratique » et « d'actualité » (Kiné Actualité -KA-) qui fournit des conseils sur la gestion quotidienne d'un cabinet (comptabilité, exercice coordonné) ou des articles sur les pratiques techniques (point sur la prise en charge dans différents domaines). Dans ce dernier cas, ces articles sont écrits par la rédaction de la revue ou commandés à des extérieurs.

Le SNMKR, Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs est créé en 1977 par des dissidents de la FFMKR.

Les kinésithérapeutes libéraux adhèrent directement au syndicat national et élisent directement le conseil national d'administration qui choisit son président. Le « turn-over » est alors plus important qu'à la FFMKR (15 présidents entre 1977 et 2022, soit des mandats moyens inférieurs à 3 ans). Les femmes y sont aussi minoritaires (5 femmes sur 18 élus au conseil national d'administration). Là encore l'âge n'a pas pu être enquêté de manière systématique. Les élus rencontrés au sein de ce syndicat étaient plus proches de la quarantaine (le président 2021 a une trentaine d'année), âge sans doute en lien avec la possibilité de « carrière » de représentant plus rapide dans un syndicat à élections nationales directes.

La FFMKR est historiquement le syndicat le plus important, avec des victoires régulières aux élections professionnelles (caisses de retraite gérées de manière paritaires ou, depuis 2010, Unions Représentatives des Professions de Santé, qui représentent les libéraux auprès des ARS pour « organiser la santé au niveau régional »). Cette hégémonie est remise en cause à compter de 2010 : de 2015 à 2020 le SNMKR remporte les élections URPS, et si la FFMKR reprend le leadership en 2020, un troisième syndicat est reconnu représentatif la même année, Alizé⁸⁴¹. De manière générale, la représentation syndicale se retrouve éclatée, même si la FFMKR conserve une influence importante via ses organes de presse.

Il faut rajouter à cette représentation la création de l'Ordre des kinésithérapeutes (CNOMK) en 2006. Cette organisation, à adhésion légalement obligatoire, représente alors plus généralement les libéraux et les salariés. Seuls les conseillers départementaux sont élus directement par les kinésithérapeutes (selon des collèges salariés ou libéraux, élection par binôme homme/femme) alors que les élus ordinaires régionaux ou nationaux sont élus sur le principe des grands électeurs. La moyenne d'âge

⁸⁴¹ Créé en 2008 en réaction et opposition à l'Ordre en 2006, il rassemblait initialement kinésithérapeutes libéraux et salariés. Son développement s'est fait jusqu'à présent sur une ligne de contestation des résultats des syndicats historiques, avec un désintéressement progressif des questions en lien avec la kinésithérapie salariée. Il sera peu enquêté ici, au vu de sa jeunesse et de l'absence de ces représentants aux négociations de l'avenant 5 de 2017-2018 qui servent de support empirique (syndicat non représentatif à cette date). Il est à noter que c'est élu sur les listes (URPS) de ce jeune syndicat que j'ai pu intégrer des réunions entre représentants et administrations. Celles-ci ont été des occasions à prises de notes riches pendant toute la durée de cette thèse et elles sont régulièrement mobilisées dans ce chapitre.

des élus nationaux semble supérieure à 50 ans (enquête non systématique) et la présidence a, jusqu'à ce jour, toujours été exercée par un kinésithérapeute libéral. Depuis 2014 la présidence est exercée par une femme. Même si cette instance se présente comme distincte des syndicats, il existe une forte porosité entre les deux, les élus ordinaires (du collège libéral) rencontrés étant tous adhérents à l'un des syndicats. Les représentants ordinaires ont une mission de contrôle du groupe professionnel (possibilités de jugement par les pairs) mais aussi de représentation auprès des administrations publiques. Ainsi le CNOMK est plus volontiers l'interlocuteur privilégié des ministères de la Santé ou de l'Enseignement Supérieur (le positionnement comme représentant toute la profession et non seulement les libéraux ainsi que le rôle revendicatif moins officiel que les syndicats joue sans doute) tandis que les syndicats ont un rôle de négociation des « conditions de travail » des libéraux avec la CNAM (les salariés sont défendus auprès du ministère de la Santé de tutelle par des syndicats pluriprofessionnels hospitaliers). Aussi bien dans le cas des représentants syndicaux qu'ordinaires, ces élus sont essentiellement formés dans les IFMK français, même si parmi les 38 élus nationaux du CNOMK (enquête systématique), 2 sont des français diplômés en Belgique⁸⁴².

Pour analyser cette représentation, le chapitre 3 propose d'abord de saisir les relations entre représentants et représentés, via les cas du travail en thermes et du travail en services de réanimation. L'analyse sollicite les notions d'Everett Hughes de « licence », c'est-à-dire d'autorisation d'exercer, et de « mandat », c'est-à-dire de représentation collective de ce qu'est le travail d'un groupe professionnel⁸⁴³. Il s'agit de montrer le poids des choix des acteurs dans les évolutions des territoires professionnels et leurs interrelations avec le milieu écologique⁸⁴⁴ dans lequel ils s'inscrivent. Dans ce contexte, comment s'articulent les tentatives syndicales de défense ou extension des prérogatives professionnelles et le travail réel, investi ou non par les kinésithérapeutes ? Ces cas empiriques montrent la faiblesse des outils dont disposent les représentants pour imposer un contenu du travail aux acteurs. Ce sont plutôt ces derniers qui, en fonction d'une logique de « dirty job »⁸⁴⁵ ou de sentiment de travail gratifiant, orientent les évolutions des actes de kinésithérapie. L'analyse de la presse professionnelle montrera, malgré tout, que les représentants tentent d'accompagner et d'infléchir certains comportements, mais avec des résultats incertains.

Ces logiques de délaissement du « dirty job » au profit de missions plus favorables dépendent aussi d'un autre facteur, la démographie. La fermeture du marché du travail, centrale dans le fait professionnel⁸⁴⁶, dépend en grande partie d'un contrôle fin du nombre de travailleurs⁸⁴⁷. Dans une perspective de

⁸⁴² La même enquête systématique n'a pu être menée au niveau des syndicats, néanmoins aucun élu rencontré n'était de diplôme étranger.

⁸⁴³ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

⁸⁴⁴ Au sens d'Andrew Abbott, c'est-à-dire d'un milieu où les acteurs sont interdépendants, formant un système hiérarchisé. A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁸⁴⁵ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

⁸⁴⁶ C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.

⁸⁴⁷ Ce contrôle démographique peut sembler, de prime abord du ressort des professions. En réalité, les cas empiriques retrouvés dans la littérature montrent plutôt des transactions permanentes entre professions et autres acteurs : Marc Olivier Déplaudé montre ainsi la négociation constante entre segments de la profession médicale, administration centrale et élus politiques dans le cas du numerus clausus en médecine (M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.). Les structures de formation elles-mêmes peuvent aussi participer ou non au contrôle du nombre, comme le montrent les travaux des sociologues de l'éducation (P. PASQUALI, *Héritocratie*, op. cit. ; Annabelle ALLOUCH, « L'ouverture sociale par le marché ? : Sociologie de la captation des classes populaires à l'université d'Oxford », *Revue française de sociologie*, 58-2, 2017, p. 233.). Si les acteurs impliqués jouent un

« système »⁸⁴⁸, il faut suffisamment de membres pour ne pas laisser de place aux autres groupes professionnels proches, mais pas d'excès pour ne pas aiguïser la concurrence interne et devoir (ré-)investir des tâches jugées dégradantes. En termes de travail prudentiel cela signifie qu'il faut à la fois le personnel pour inférer sur l'état moteur (diagnostiquer le problème moteur et proposer une solution, au lieu de laisser ce problème moteur évoluer de façon naturelle ou être pris en charge par d'autres) mais pas « trop » de personnel. Si le nombre de travailleurs est trop important par rapport aux problèmes valorisés sur lesquels intervenir, les relations de concurrence peuvent être exacerbées et une partie des professionnels peut se rabattre sur des travaux d'exécutants plus standardisés. Ce contrôle du nombre passe par la protection de l'Etat et nécessite une discussion entre les représentants syndicaux et les acteurs administratifs. Le cas empirique analysé sera celui entourant l'avenant 5 de la convention entre kinésithérapeutes libéraux et Assurance Maladie, signé en 2018. Cet avenant, qui instaure un conventionnement sélectif dans certaines zones, est une rupture dans l'histoire récente des kinésithérapeutes, dont le récit était fortement lié au modèle médical et sa liberté d'installation. Il est le résultat d'une négociation entre des représentants d'une corporation encore fragile et des acteurs administratifs qui se placent en position de force en s'appuyant sur une quantification des phénomènes à administrer : la maîtrise de la production de chiffre sur la démographie est ici un instrument primordial dans la négociation.

Alors que le contenu du travail montrait un groupe des kinésithérapeutes avec des attributs professionnels, l'analyse des négociations de ses représentants montre leur place dominée par rapport aux administrations. Ils ne montrent que peu de contrôle sur la définition de leur travail, que cela soit sur les tâches que les membres prennent en charge ou la démographie nécessaire.

Section 1 : Les kinésithérapeutes et leur travail : des choix d'acteurs qui engagent la corporation

a) Une licence historique sur un « dirty job »⁸⁴⁹, le cas des thermes.

Les kinésithérapeutes peuvent se détourner de certains secteurs d'activité jugés peu valorisants. Bien qu'il s'agisse d'un secteur historique, déterminant dans la construction du groupe professionnel français, c'est le cas de l'exercice en thermes. Ce travail, par sa répétitivité et sa standardisation, est perçu comme

rôle dans le processus de professionnalisation, il semble que ce soit bien la clôture du marché du travail en lui-même qui soit l'élément le plus important : la profession médicale bénéficie d'un contrôle du nombre strict, quels que soient les acteurs impliqués selon le pays. En France, les mécanismes de clôture du marché et les acteurs impliqués semblent varier que l'on s'intéresse aux professions du droit, médical ou d'architecture, sans remettre en cause la logique propre du fait professionnel.

⁸⁴⁸ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

⁸⁴⁹ Le « dirty job » est mobilisé en référence à Hughes et à son analyse des logiques de répartition du travail. E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

du « dirty job » par une grande partie des kinésithérapeutes. Il devient alors un objet de tension entre des représentants des kinésithérapeutes qui cherchent à défendre la « licence » existante sur l'activité contre les extérieurs (hydrothérapeutes ou agents soignants thermaux⁸⁵⁰) qui se proposent de réaliser le travail ainsi délaissé. Ce cas empirique montre alors le décalage qui peut exister entre la perception du travail légitime par les kinésithérapeutes et le travail légalement (partiellement) monopolisé et défendu par leurs représentants.

C'est au 18^{ème} siècle que le corps médical investit le thermalisme, avec notamment la création de chaires d'hydrologie dans les facultés de médecine. Il connaît un développement important au 19^{ème} siècle, en étant indiqué dans de nombreuses pathologies (neurologiques, respiratoires, rhumatismales) sous l'impulsion des grands noms de la médecine de l'époque⁸⁵¹.

Les cures thermales ont une place majeure dans l'apparition de la kinésithérapie. En effet, ces thérapeutiques demandent force et temps pour réaliser les massages, doucher au jet ou encore appliquer des boues aux curistes. Aussi, leur pratique directe est rejetée par les médecins et confiée à des aides (il est à noter toutefois, que pour une question d'invasivité, certains gestes sont, encore aujourd'hui, pratiqués par les médecins, comme des injections d'eau thermale dans les sinus dans certaines cures visant l'appareil respiratoire). L'histoire masculine de la kinésithérapie française a alors été dictée par cette spécificité thermale⁸⁵² : les aides des médecins étaient habituellement des femmes, pour leur supposée douceur et tendance naturelle à prendre soin du malade⁸⁵³ mais aussi, sans doute, en lien avec les enjeux de domination liés au genre, qui accentuent la division du travail entre ordonnateur et effecteur. De fait, dans les pays anglo-saxons, les kinésithérapeutes furent, de tout temps, majoritairement féminines⁸⁵⁴. La part des thermes et du massage dans le développement de l'activité y a été plus modeste, au contraire d'une rééducation hospitalière basée sur l'électricité ou la gymnastique. Cet attribut féminin a d'ailleurs été ressenti comme un frein par la corporation des kinésithérapeutes outre atlantique et « *en 1960, les représentantes des physiothérapeutes militent ouvertement pour*

⁸⁵⁰ Ces titres sont issus d'une volonté de la part des employeurs thermaux de créer des formations assurant un personnel à leur main devant la pénurie de kinésithérapeutes. « Hydrothérapeute » est le nom usuel (à connotation médicale) des titulaires de certificats de qualifications professionnelles avec mention d' « agents soignants thermaux ».

⁸⁵¹ La neurologie est l'une des disciplines participant à l'essor de cette thérapeutique. Jacques Monet cite par exemple le professeur Charcot comme acteur de la mise en place d'installations d'hydrothérapie à La Salpêtrière. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit., p. 129-131.

⁸⁵² Julien Prud'Homme pour le Québec ou Glenn Gritzer et Arnold Arluke pour le cas des USA évoquent plus une naissance du groupe professionnel autour des gymnastiques médicales ou de l'électrothérapie qu'autour des soins thermaux. J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit ; G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit.

⁸⁵³ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit., p. 165 ; P. AÏACH et D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, op. cit., p. 227-259 ; J. PRUD'HOMME, « Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec », art. cit.

⁸⁵⁴ J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit ; V. HASLER, *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20^{ème} siècle)*, op. cit.

recruter des hommes dans la profession afin de rehausser l'image de la physiothérapie »⁸⁵⁵. En France, à l'inverse, le métier s'est construit comme masculin : les thermes demandent une tenue légère et de la force physique pour le massage, autant d'attributs qui font privilégier des aides masculins, notamment en cas de clientèle masculine (ce qui sera le cas des blessés de la première guerre mondiale, l'armée refusant que les soldats soient massés ou mobilisés dans l'eau par des femmes en tenue de bain⁸⁵⁶).

Aujourd'hui, si les cures thermales continuent d'exister, elles représentent une médecine marginalisée. Au niveau de sa prise en charge socialisée, celle-ci est très affaiblie : la prise en charge n'est possible que pour 18 jours, sous accord préalable des Caisses, sur argumentaire du médecin prescripteur dans le cadre d'une liste de pathologies autorisées précises. Cette prise en charge couvre les frais de soins (médecins, actes de soins) mais ne couvre les autres frais (transport, hébergement, restauration) que sous conditions de ressource. Le taux de remboursement est de 65%, le reste devant être couvert par l'assuré ou sa complémentaire santé. Il est d'ailleurs notable que la couverture au titre de l'Aide Médicale d'Etat, pour les étrangers sans situation régularisée, ne s'étend pas aux cures thermales : elle concerne les soins « indispensables », et les thermes n'en font pas partie (au même titre que les médicaments peu remboursés et l'aide à la procréation). Le déremboursement de l'homéopathie annoncé par la Ministre de la Santé en 2019 a d'ailleurs fait resurgir le spectre d'un déremboursement complet de la filière thermale⁸⁵⁷. Bien que le nombre de curistes reste conséquent (entre 600 000 et 700 000 par an au cours de la décennie 2010 selon le Conseil National des Etablissements Thermaux⁸⁵⁸), le nombre de centres est passé de 210 à la fin du 19^{ème} siècle⁸⁵⁹ à 110 de nos jours.

Le travail avec les curistes a deux aspects : il est temporellement mesuré et peut aller de soins individuels à des soins collectifs. Le travail collectif consiste en des cours de gymnastique dans l'eau. Même s'il ne revêt pas de réflexion sur des cas individuels, ce travail peut être réalisé sur un temps long et moins contraignant que les massages. A l'inverse le travail individuel (massage, douche au jet ou mobilisations individuelles en piscine) est précisément minuté : il mobilise un soignant pour un patient et est coûteux. De ce fait il n'est guère plus favorable à une prise en compte prolongée des singularités des patients. Le travail est extrêmement répétitif pour les personnels soignants, à tel point qu'une partie est même mécanisée : « *Les bains avec hydrojets : ils sont entièrement automatisés. Ils associent habituellement*

⁸⁵⁵ J. PRUD'HOMME, « Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec », art. cit, p. 261.

⁸⁵⁶ A l'occasion d'entretiens oraux, Jacques Monet me confirme cette lecture du choix genré dans l'armée, évoquée brièvement dans sa thèse. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit, p. 165-170.

⁸⁵⁷ La presse nationale s'en fait l'écho : « Le sort de l'homéopathie inquiète d'autres médecines » dans La Croix du 07 novembre 2019 ou France Inter (10 Juillet 2019), la déclaration du président par intérim du parti « Les Républicains » Jean Léonetti (médecin de formation) : « Si on ne rembourse que ce qui est efficace, va se poser la question des cures thermales ».

⁸⁵⁸ Le Conseil National des Etablissements Thermaux représente ces établissements et participe à leur défense et promotion, que ce soit via une production scientifique, une sensibilisation du public ou du lobbying.

⁸⁵⁹ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit, p. 129.

une séquence de jets, qui ont un effet de massage »⁸⁶⁰. Les centres thermaux entretiennent un certain flou sur les qualifications de leur personnel : « le jet d'hydromassage est appliqué manuellement par un hydrothérapeute⁸⁶¹ sur les régions indiquées par le médecin thermal »⁸⁶². Ils sont pris entre deux impératifs contradictoires : d'un côté, l'inscription dans la thérapeutique impose un personnel validé dans le champ médical tandis que, d'un autre côté, le contenu du travail manuel, préétabli et répétitif ne correspond plus aux missions que s'auto-assignent les kinésithérapeutes :

« Après je suis allée aux termes de XXX. **La pire expérience de ma vie**, voilà. J'ai fait du massage thermal. **Habillée comme la poissonnière d'Intermarché**. Et... C'était par semaine d'intérim. Genre une semaine, ou deux. Tu vois... Et... On m'a proposé de faire une semaine en piscine de mobilisation. Alors en fait **tu fais le prof de sport**... Tu fais faire la mobilisation en piscine, toi tu es dehors, les gens font les mêmes mouvements dans l'eau. Et donc moi à partir de là, chaque fois qu'elle me proposait des semaines d'intérim, je disais **moi je veux bien mais je veux pas être au massage** je veux être à ça [les cours de gym aquatique plutôt que le massage] Donc je me suis débrouillée, jusqu'à la fin j'ai fait que ça. Et j'ai fait ça jusqu'à... Début novembre, fin novembre par-là »

Entretien avec Mélanie, française d'origine portugaise (père entrepreneur maçon, mère secrétaire de son père), ayant fait ses études au Portugal, 15/09/2018 (nous soulignons en gras).

Il y a une désignation nette de ce travail en thermes comme du « dirty job », même si, au sein de celui-ci, Mélanie arrive à s'emparer du travail le moins déplaisant : les cours de gymnastique collective. Si, dans ce cas, la relation soignante individuelle, possiblement prudentielle, est laissée de côté, il y a une certaine possibilité d'organiser son temps, varier les exercices, proposer des rythmes et gestes nouveaux. Les douches au jet ou les massages sont eux rejetés : il y a soit une horloge clairement en évidence soit un réglage préalable des jets structurant la durée. Les 10 minutes de chaque curiste doivent être tenues au risque de déstabiliser toute la chaîne. L'adaptation au patient se limite au choix de la zone d'application, la discussion est limitée et porte sur des propos socialisant généraux. Les kinésithérapeutes français, connaisseurs de leur écologie, se détournent donc de cette pratique. Les centres se tournent alors massivement vers les kinésithérapeutes étrangers. Parmi nos enquêtés, en dehors de Mélanie, trois espagnols et une portugaise sont passés par le travail en thermes lors de leur parcours migratoire et la présence de kinésithérapeutes français est rapportée comme extrêmement rare⁸⁶³. Mélanie est la seule française rencontrée (d'origine portugaise et ayant fait ses études dans ce pays) ayant une expérience de travail dans ces lieux. Sa présence s'accompagnait cependant d'un statut distinct, marquant une hiérarchie au sein même des kinésithérapeutes thermaux. Sa bonne maîtrise de la langue française lui a permis d'imposer son travail au poste « privilégié » des cours collectifs. Les

⁸⁶⁰ Selon la description des thérapeutiques proposées dans ces centres par un médecin thermal : Romain FORESTIER, « Le thermalisme rhumatologique », *Kinésithérapie, la Revue*, 7-71, 2007, p. 34-39.

⁸⁶¹ La définition d'hydrothérapeutes distincts des kinésithérapeutes est un acquis des employeurs devant le manque de personnel. Ceux-ci, d'un niveau CAP, sont légalement reconnus sous le terme d'agents thermaux, dont la consonance faiblement médicale explique l'utilisation plus courante du terme d'hydrothérapeutes. Ils réalisent les actes non explicitement légalement protégés pour les kinésithérapeutes

⁸⁶² R. FORESTIER, « Le thermalisme rhumatologique », art. cit.

⁸⁶³ Ce constat est partagé par un kinésithérapeute docteur en histoire, Rémi Remondière. Remi REMONDIÈRE et Marin-Philippe DURAFORG, « Regards sur la kinésithérapie en 2018 », *Santé Publique*, 30-6, 2018, p. 869.

étrangers avec une maîtrise moindre de la langue sont confinés aux tâches où l'oral est plus facultatif : les massages à la chaîne.

Le travail d'une kinésithérapeute thermale

Amelia est une kinésithérapeute portugaise, fille d'un cadre supérieur (services fiscaux) et d'une secrétaire, elle a étudié à « Interior », comme la majorité de mes enquêtés portugais. Arrivée en France « dans les bagages » de Mélanie, sa copine de promotion franco-portugaise, elle a travaillé en thermes à 3 reprises, via des missions d'intérim. Cette période d'intérim est à relier à sa conduite, en parallèle pendant deux ans, d'un master au Portugal (un master au sein du département kinésithérapie d'une école polytechnique portugaise, co-validé par une université) qui alterne périodes de cours et périodes libres. L'exercice intérimaire français lui permet des phases d'exercices brefs et rémunérateurs, où elle peut imposer ses dates de disponibilités. Elle décrit cette position comme préférable, malgré la distance, à un exercice au Portugal où elle pense avoir moins de flexibilité face à des employeurs. Pour autant, le choix de postes en France n'est pas sans limite, d'autant qu'elle se restreint à un espace géographique du sud de la France proche du lieu de vie de Mélanie, mais aussi de Cristina (ma collègue de cabinet vue au chapitre 2) ou Gustavo (le kinésithérapeute du sport vu au chapitre 1). Aussi, quand aucune offre « intéressante » (dans son cas notamment en centres de rééducation) n'est accessible pendant ses périodes de présence en France, elle se rabat sur les thermes, comme travail de disette rémunérateur et logé (dans une perspective d'allers-retours réguliers avec le Portugal). Elle réalise ainsi deux missions distinctes de 15 jours dans les mêmes thermes que Mélanie.

Contrairement à sa camarade française, il ne lui sera pas proposé d'animer les cours d'aquagym, elle sera préposée aux massages comme la majorité des kinésithérapeutes étrangers :

« Amelia: Ils nous donnent un feuille avec tous les noms des patients. Mais en arrivant, on a un petit truc [box] avec une petite table et des jets. On est là-dedans, c'est à nous, on vient à la porte, on appelle monsieur je sais pas quoi [les patients attendent leur tour devant la rangée de boxes]. Il vient, il s'allonge, ben normalement c'est le dos, à XXX souvent c'est massage du dos, et parfois il nous dit ah c'est plutôt les jambes. C'est le patient qui nous dit. Enquêteur : Vous avez un box, les patients arrivent et vous les massez...

Amelia : Oui

Enquêteur : Et vous avez le listing, quelqu'un vous le donne le matin ?

Amelia : Oui il nous donne la feuille avec le nom

Enquêteur : C'est qui qui vous donne ça ?

Amelia : C'est une secrétaire ou le coordinateur des kinés, je sais même pas.

Enquêteur : Et vous avez les horaires ou comment ça se passe ?

Amelia : Non c'est 15 minutes par personne [théoriquement] mais si c'est 15 minutes on a pas le temps de faire pipi alors on fait 10 pour avoir un petit moment entre temps. Et on programme la machine [qui complète le massage manuel par des jets d'eau]. »

Les kinésithérapeutes ne connaissent rien du contexte présidant à la venue du malade. Même l'étiquetage par la pathologie est ici inconnu. Le kinésithérapeute est un ouvrier masseur qui enchaîne le pétrissage des corps dont il ne peut déterminer les spécificités dans le temps imparti. Comme les ouvriers, la tenue est à l'avenant, mettant à distance les corps : « On est habillé avec des bottes de plastique, avec des tabliers, tout ça machin quoi. »

L'ambiance aquatique accentue la difficulté du travail posté debout. Les jets d'eau aspergent le patient pendant que la kinésithérapeute masse, la protection de plastique n'empêche pas d'être mouillé et augmente la difficulté : « il fait très chaud avec le tablier en plastique épais » « les bottes sont très lourdes » « l'eau soufrée a une odeur très fatigante ». C'est la machine à jets qui fixe la cadence, même si des petits compromis sont trouvés pour rendre le travail moins pénible (programmer un temps plus court pour se libérer un temps de repos). La kinésithérapeute suit le rythme en surajoutant ses pétrissements manuels aux pressions apportées par les jets.

Ce travail exclut toute communication avec les patients rendus à l'état de chairs à travailler (« Normalement c'était des gens [les kinésithérapeutes acceptant ces postes] qui parlaient pas trop le français... Parce que là on est pas obligé de parler. ») ou avec les autres employés (« On parlait pas beaucoup, on n'avait pas le temps »). Ainsi les travailleurs sont postés à des ateliers (les agents thermaux sont à des ateliers similaires, non réservés légalement⁸⁶⁴, d'application de boues ou de chaleur) où les patients défilent au fur et à mesure de leur inscription prévue avec le médecin des thermes⁸⁶⁵ :

« On n'avait pas le temps de sortir non plus [du box], sinon on n'avait pas le temps de faire tous les patients qu'on avait. Et on reste là et c'est les patients qui se déplacent. »

A XXX le médecin n'est jamais rencontré et n'informe jamais le personnel des spécificités des patients. Non seulement cela efface toute tentative réflexive quant aux prises en charge de la part des kinésithérapeutes, mais cela déqualifie le soin. L'absence de positionnement comme soignant entraîne de leur part une négation du statut de malade aux clients passant entre leurs mains :

« C'est « bien-être », il y a du monde qui y va parce qu'il se sent mieux là... et c'est tout. »

Cette clientèle (ce « monde » et non ces « patients ») se « sent mieux » après un séjour en thermes, mais elle n'est pas décrite comme y étant soignée.

Contrairement à Mélanie, qui parle français sans accent, il ne sera jamais proposé à Amelia de prendre en charge les cours collectifs. Après deux expériences successives, lors d'une troisième période de disette, Amelia refusera d'y retourner :

« Moi l'agence d'intérim elle m'a proposé beaucoup [d'aller à XXX] et moi j'ai dit je veux plus XXX, parce qu'à un moment c'est pas génial quoi. Et elle m'a dit ah mais ça c'est différent [les thermes YyY], c'est mieux, tout le monde dit que c'est mieux voilà et j'ai essayé et c'est différent en fait [...] [A YyY] on faisait plus du travail de kiné. Pas seulement massage sous l'eau. »

Une certaine expérience lui permet alors d'établir une hiérarchie dans le travail thermal et de postuler dans des établissements plus attractifs. La différence tient à une présence médicale plus visible (le médecin vient parfois voir les kinésithérapeutes pour les informer de recommandations particulières), à un temps de prise en charge plus long (30 minutes) permettant d'ajouter, aux massages sous jets d'eau, des mobilisations ou des exercices à la discrétion du kinésithérapeute. Celui-ci est libre de son choix vestimentaire (tenue légère type tee-shirt, short, claquettes au vu du contexte humide). Les cours de gymnastique collective ne sont pas réservés à des « privilégiés » se réservant ces postes moins désagréables mais sont partagés par tous les kinésithérapeutes, qui tournent pour s'en occuper. Si le contexte clinique reste très réduit (la pathologie est donnée mais guère plus, le reste étant accessible via l'interrogatoire du patient), il permet de retrouver un certain sentiment de « travail kiné ». Malgré des horaires jugés moins favorables aux projets personnels (à XXX les horaires postés sont soit de 7h à 13h soit de 13h à 19h, tandis qu'à YyY le temps de travail va de 7h à 16h entrecoupé d'une pause méridienne importante) Amelia préfère ce second centre. Toutefois cela reste un pis-aller : au fur et à mesure de sa socialisation française, elle trouvera du travail plus valorisé par d'autres canaux (remplacements libéraux notamment) et ne retournera pas en thermes.

La main d'œuvre étrangère constitue l'essentiel du corps des kinésithérapeutes thermaux. Ils sont d'ailleurs aux marges du groupe professionnel, en ce sens qu'il s'agit souvent d'un travail provisoire,

⁸⁶⁴ Tout ce qui n'est donc pas explicitement « massage médical » ou « gymnastique médicale », monopole des kinésithérapeutes. Cela peut être le cas des « applications de boues ».

⁸⁶⁵ Quelques médecins travaillent dans les thermes : ils prescrivent ainsi les actes thérapeutiques pouvant être réalisés et les actes contre-indiqués (piscine ou non, gymnastique...). Leur place dans la hiérarchie médicale semble relativement dominée, ils dépendent des médecins traitants ou spécialistes pour l'accès à la clientèle et n'ont d'interactions avec les patients qu'à l'occasion des séjours, sans pouvoir organiser de réels suivis thérapeutiques au long cours. Les thermes tentent alors de conserver une attractivité par une valorisation financière importante.

en l'attente d'une reconnaissance de l'autorisation d'exercice en France ou d'une maîtrise suffisante de la langue pour valider l'inscription ordinale et trouver un travail plus en lien avec la mission du kinésithérapeute. C'est ce que montre le cas d'un homme, Oihan, kinésithérapeute espagnol :

« Oihan : Quand j'ai eu l'autorisation d'exercice, j'ai commencé à faire pendant trois mois, by skype [depuis l'Espagne], de français. Tous les jours [...] avant de partir. Et après j'ai continué un petit peu aussi quand j'étais là-bas [dans le centre thermal français]. Et après comme dans l'établissement on avait pas besoin d'un niveau très « hot » de français ça a été facile pour nous parce que bon c'est... Ca a été aussi toutes les facilités pour nous, nous avons un logement... Euh gratuit aussi. Et après avec les patients ce n'est pas un travail... C'est un travail de masseur donc ce n'est pas... C'est pas, il n'y a pas de difficultés pour parler. C'est un petit peu parler des choses de la vie quotidienne donc ça a été très bien pour apprendre le français. [...] [Ce n'est qu'au bout de 6 mois, sur pression de l'Ordre pour qu'il s'inscrive au tableau, que] je suis allé pour faire l'examen oral, donc je me préparais bien l'examen oral avec le professeur [de français] que j'ai by skype, mais bon c'était bien.

Enquêteur : Et du coup ils t'ont inscrit ?

Oihan : Oui c'est ça mais je m'inscris le dernier mois. Plus ou moins. Ou trois mois avant de partir du travail.

Enquêteur : Et tu y es resté combien de temps ?

Oihan : 9 mois, j'étais sans inscrire dans l'Ordre des kinés pendant 6 mois plus ou moins voilà.

Enquêteur : Ok tu m'as dit plusieurs fois « nous », tu es parti avec des gens que tu connaissais ou comment ça s'est passé ?

Oihan : Non je suis parti tout seul là-bas... Mais après à l'établissement thermal nous... sommes... Été trois... pardon 6 kinés, 5 espagnols et une polonaise... »

Entretien avec Oihan, kinésithérapeute espagnol (père technicien dans les télécommunications, mère ouvrière) ayant exercé en Espagne avant de venir en France. Il a alors l'autorisation d'exercice (pas de mesures compensatoires, au vu de son expérience espagnole en sus de son titre) mais ne s'est pas inscrit à l'Ordre dans un premier temps, 10/04/2019.

Les thermes servent ici de passerelles pour une migration avec maîtrise faible de la langue française. Il est particulièrement intéressant de noter que cette carence linguistique est jugée non impactante par le kinésithérapeute au vu du contenu du travail. En thermes, il s'agit de masser les gens, la discussion est optionnelle et à titre d'agrément. Une fois la langue maîtrisée, Oihan postulera dans un centre hospitalier, où il juge le travail plus gratifiant et lui permettant d'accroître ses compétences :

« Maintenant je n'ai pas besoin d'argent et je vais continuer la formation. Donc, bon, peut-être que ça va arriver aussi le libéral mais pour l'instant je suis bien à l'hôpital, parce que je le trouve très intéressant. Je suis en train de voir différentes pathologies que je n'ai vu jamais. Et... Il y a aussi pour... C'est motivant parce que c'est ça ce n'est pas tous les jours les mêmes, parce que moi j'ai travaillé dans des cabinets en Espagne c'est tout le temps un petit peu les mêmes, les massages lombaires, les cervicales... un petit peu les mêmes. Donc ici c'est cool. »
Entretien avec Oihan, 10/04/2019

Malgré cette main d'œuvre étrangère captive, du fait du temps administratif d'homologation du titre et du temps d'apprentissage linguistique, le ressenti comme « dirty job » du travail thermal entraîne une difficulté de recrutement : selon l'Ordre, sur 600 postes de kinésithérapeutes dans ces centres, 150 sont régulièrement non pourvus et 80% de ces établissements se déclarent en sous-effectifs⁸⁶⁶. Au vu du manque d'automatisme de l'inscription ordinale de ces travailleurs souvent migrants, j'ai cherché à

⁸⁶⁶ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

confirmer ces chiffres. Pour ce faire, je me suis intéressé aux recrutements intérimaires pour ces structures. Si les offres d'intérim concernent peu le secteur libéral (des sites internet spécialisés sont beaucoup plus employés au sein de la communauté des kinésithérapeutes) elles semblent illustratives des besoins pour le secteur salarié, y compris public qui s'y est converti ces dernières années⁸⁶⁷. Je me suis inscrit auprès d'une entreprise d'intérim connue et citée par les kinésithérapeutes enquêtés qui y ont eu recours. Il est à noter que la localisation du demandeur est exigée, aussi les offres reçues sont orientées sur le sud de la France. Les offres sont communiquées par mail. Je les ai relevées sur un an, du 1^{er} septembre 2019 au 1^{er} septembre 2020 :

Liste ou poste non précisé	Thermes	SSR ou CRF (Centres de rééducation)	IME (Instituts médico-éducatifs)	Cadre de santé	Centres hospitaliers (hors SSR)	Autre
82	33	22	5	1	2	1

Tableau 14 : propositions mails d'une agence d'intérim spécialisée pour un kinésithérapeute du sud de la France.

La majorité des mails sont non spécifiques (plusieurs offres, voire des listings nationaux de postes vacants), ceux qui le sont concernent majoritairement des offres en centres thermaux.

Or ces centres sont des secteurs salariés minoritaires pour les kinésithérapeutes : en l'absence de données exhaustives, il est possible de s'appuyer sur une enquête ordinaire sur la démographie salariée pour évaluer la proportion de travail thermal au sein des possibilités de travail salarié. Les centres thermaux représentaient 600 postes sur 15 000 postes salariés⁸⁶⁸. D'autre part, le relevé d'offre s'est effectué sur une période (mars 2020 – septembre 2020) marquée par l'épidémie de covid-19, avec des thermes fermées ou possiblement délaissées sur une part importante de la période... Avec donc une possible sous-évaluation des postes de kinésithérapeutes par rapport à des années « standards ».

A l'inverse, les thermes sont surreprésentées dans le sud de la France et la variation saisonnière du travail pourrait entraîner un sur-recours à l'intérim (à l'inverse cette saisonnalité conduit à une baisse d'offres d'emplois sur la saison morte hivernale, pris en compte par le caractère annuel du relevé).

Malgré ces limites, ce relevé accreditte quantitativement le constat ordinal et le constat qualitatif auprès des enquêtés de délaissement du secteur : les thermes peinent à recruter.

Pourtant, ce ne sont pas des emplois particulièrement dévalorisés financièrement. En cure thermale, les salaires proposés en intérim sont de l'ordre de 2400 à 2500 euros nets⁸⁶⁹, souvent logés. Il se situent

⁸⁶⁷ Charlene CHARLES, « Le travail social en intérim. Le cas des éducateur.rices intérimaires dans les foyers de l'enfance », *Sociologie*, 10-4, 2019, p. 435 ; Pierre CORIAT et Silvia PONTONE, « Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs », *Les Tribunes de la santé*, n° 40-3, 2013, p. 37.

⁸⁶⁸ L'ordre de grandeur est le même chez N. PINSAULT, « Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France », art. cit.

⁸⁶⁹ Il n'y a pas de grilles nationales, cette estimation est faite via les offres de postes recensées et les entretiens avec des kinésithérapeutes ayant travaillé dans ces structures. La convention collective du thermalisme se contente

donc dans la fourchette haute des salaires constatés chez les kinésithérapeutes salariés (plus hauts que les salaires statutaires de la fonction publique, mais sans doute dans l'ordre de grandeur des autres salaires en intérim). Des possibilités de contrats indéterminés existent mais de faibles effets au vu de la mouvance du personnel. Le détournement des kinésithérapeutes de ce travail thermal est donc à mettre sur le compte du ressenti de « dirty job » par les acteurs : un travail technique répétitif, minuté, en opposition avec les « missions » professionnelles de prévention ou de traitements singuliers des problèmes moteurs.

La main d'œuvre des kinésithérapeutes étrangers est insuffisante pour occuper tous les postes thermaux et est souvent présente à titre temporaire. Les employeurs font alors appel à des personnels de remplacement. A ces fins, pendant longtemps, les thermes ont formé des personnels non kinésithérapeutes in situ. Ainsi de 1932 à 1982 une école française des techniques thermales formait des « techniciens thermaux » au sein de l'établissement d'Aix les Bains. Un temps accepté comme fait établi par la corporation des kinésithérapeutes en cours de consolidation, c'est le tout jeune syndicat SNMKR⁸⁷⁰ qui attaquera l'établissement en justice et fera condamner le directeur pour complicité d'exercice illégale de la kinésithérapie en Juin 1980. Pourtant, devant la pénurie de kinésithérapeutes dans ces établissements, une solution intermédiaire finira par se dégager. En 1999, une convention collective nationale⁸⁷¹ entérine la création du poste d'« agent soignant thermal », accessible par certificat de qualification professionnelle (formation continue d'adultes en GRETA de l'éducation nationale ou via une mention du CAP esthétique ou dans certains diplômes sanitaires et sociales). Ceux-ci prodiguent les soins, en dehors de ceux « obligatoirement administrés par des médecins ou des kinésithérapeutes », ce qui, en pratique, se révèle un partage aux limites incertaines : cours de gymnastiques et massages semblent plutôt réservés aux kinésithérapeutes (mais ce n'est plus le cas s'il s'agit de « modelages » ou de massages non thérapeutiques) et les jets, bains, douches, applications de boues du domaine de l'agent soignant thermal⁸⁷².

Devant le risque de dévolution progressive du travail des kinésithérapeutes (de passage et s'inscrivant dans une logique de « dirty job » subi) vers ces agents soignants thermaux indépendants de la corporation, des représentants des kinésithérapeutes avancent de nouvelles propositions. Ainsi depuis 2019, l'Ordre⁸⁷³ mène des concertations avec les syndicats de travailleurs, d'étudiants et de directeurs

d'indiquer un niveau d'entrée minimum : agent de maîtrise de niveau II, à salaire brut mensuel de 1580 euros. La réalité montre donc une négociation de salaire structure par structure.

⁸⁷⁰ La nouveauté du syndicat et son positionnement de démarrage comme contestant l'ordre établi explique sans doute la reprise en main de ce dossier des centres thermaux et la poursuite de l'établissement d'Aix les Bains, malgré l'ancienneté de la formation.

⁸⁷¹ Convention collective nationale du thermalisme du 10 septembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 JORF 11 mars 2000.

⁸⁷² R. FORESTIER, « Le thermalisme rhumatologique », art. cit.

⁸⁷³ L'absence de syndicats spécifiques aux kinésithérapeutes salariés ou thermaux peut expliquer que cela soit l'Ordre qui porte ce projet. Les syndicats professionnels sont plus tournés vers l'exercice libéral et semblent se désintéresser du travail en thermes.

d'IMFK pour promouvoir un dispositif d'aides-kinésithérapeutes. Il s'agit alors de créer un métier au service des kinésithérapeutes, à qui déléguer le « dirty job » sans perdre de mandat dessus. Ce changement de stratégie d'adéquation du mandat avec les missions revendiquées par les acteurs n'est pas innocent : il conjugue le constat que les orientations des acteurs s'imposent aux institutions de la kinésithérapie et celui que la libre circulation des travailleurs européens affaiblit le contrôle de la corporation sur les impétrants. Sur le modèle canadien, au lieu d'avoir un seul titre à proposer aux diplômés étrangers (kinésithérapeutes), associé à des stages compensatoires plus ou moins longs, il serait proposé deux titres (kinésithérapeutes pour les cursus jugés suffisants, aides-kinésithérapeutes pour les autres). Le titre le moins valorisé serait alors restreint aux tâches jugées ingrates. Ce projet ne fait pour l'instant pas consensus dans la corporation, le syndicat FFMKR s'y oppose⁸⁷⁴, craignant une perte de mandat et une concurrence avec un travailleur mal contrôlé et à moindre coût pour les employeurs. La possibilité d'obtenir une « licence » en ce sens est donc compromise par ces dissensions.

Ce cas des thermes donne à voir un « mandat » fort du 19^{ème} siècle à la seconde moitié du 20^{ème} siècle : les kinésithérapeutes assistent les médecins dans leur développement des soins par l'eau. Celui-ci s'étirole par la suite, au vu de l'évolution de la « mission » que s'attribuent les acteurs. Un rappel à la « licence » accordée par l'Etat existe de la part de la corporation devant cette érosion dans les années 1980. Il reste de faible effet : les postes couverts par la licence sont trop empreints de « dirty job » pour convaincre les acteurs de s'y engager. Une modification de la licence dans le sens d'une délégation du mandat est alors envisagée, mais sans consensus de la corporation. D'une part des segments de la corporation sont ainsi frileux quant à la division du groupe : pour ces représentants la cohésion des kinésithérapeutes et leur place n'est pas assez assurée pour procéder à une segmentation entre un groupe d'« effecteurs » et un groupe d'« ingénieurs » thermaux. D'autre part, chaque segment pris indépendamment n'a pas le pouvoir isolément d'imposer une réforme du groupe professionnel. La corporation, encore faible, nécessite un accord de toutes ses parties pour pouvoir porter des revendications auprès des pouvoirs publics.

Le cas des thermes, où les kinésithérapeutes forment un groupe dominant vis-à-vis des agents soignants thermaux, met l'accent sur le libre choix des acteurs quant à leur travail : malgré une défense de la « licence » par les représentants syndicaux, les kinésithérapeutes qui le peuvent rejettent ce travail. Seuls y exercent les dominés du groupe professionnel : les kinésithérapeutes étrangers maîtrisant peu la langue ou n'ayant pas les capitaux sociaux nécessaires pour trouver un travail plus valorisé. En ce sens, un marché du travail favorable et la logique d'évitement du « dirty job » sont des moteurs importants du processus de professionnalisation. Les syndicats se retrouvent alors dans une position conservatrice (protéger une licence historique désormais dévaluée) et non motrice dans la construction professionnelle.

⁸⁷⁴ Pour une argumentation de la position de la FFMKR, voir Kiné Actualité n°1545 du 06/06/2019, « Enquête : la profession opposée à la création des aides-kinésithérapeutes ».

Un second cas, où les kinésithérapeutes sont en situation bien plus dominée, rappelle alors que ces choix de la part des acteurs interviennent dans un milieu écologique concurrentiel. C'est ce qu'il sera proposé avec le travail des kinésithérapeutes auprès de malades atteints de la Covid-19

b) Une licence avec un mandat faible : le cas de la gestion de la covid-19

Il a été proposé, en partie 1, que les kinésithérapeutes aient des attributs professionnels dans le cadre d'un domaine dont ils ne sont pas seuls propriétaires mais au sein duquel ils ont un mandat : la motricité humaine altérée. Les institutions tentent de protéger, voire d'étendre ce mandat. Les crises⁸⁷⁵ sont alors des moments clés pour se positionner, comme l'ont montré les deux guerres mondiales et la réponse aux besoins rééducatifs des blessés⁸⁷⁶. La crise covid-19 peut alors sembler ouvrir une fenêtre d'opportunité : si l'enjeu immédiat de survie est prépondérant, des kinésithérapeutes sont pourtant concernés par la prise en charge de la maladie, ils ont une licence soutenant leur action en réanimation ou auprès des malades atteints de troubles respiratoires. La corporation tente alors, avec une réussite incertaine, de mettre en avant leur travail pour consolider le mandat et l'étendre à des problématiques de santé nouvelles.

Le premier moment de la crise covid concerne surtout les kinésithérapeutes hospitaliers. Saisis, comme l'ensemble du pays par la rapidité des événements, les kinésithérapeutes libéraux ferment partiellement leurs cabinets lors de la mise en place des restrictions aux activités et aux circulations à compter du 16 Mars 2020 (ils ont une liberté de maintenir les actes dits « urgents » à domicile, l'urgence étant laissée à leur discrétion). Les kinésithérapeutes hospitaliers, eux, se retrouvent concernés par l'afflux de patients dans les hôpitaux. D'une part, si les flux de patients dans les services habituels ont diminué, ils ne se tarissent pas complètement, continuant à mobiliser une grande partie des travailleurs des hôpitaux. Dans le même temps, les services de réanimation (mais aussi tous les services amenés à recevoir des patients en difficultés respiratoires, pneumologie ou médecine interne au premier chef) voient leurs capacités augmenter, et les kinésithérapeutes y sont bien présents (le décret du 5 Avril 2020 rappelle que les services de réanimation doivent compter deux infirmières pour cinq patients, une aide-soignante pour

⁸⁷⁵ Le terme « crise » peut se révéler polysémique, j'en retiens ici la notion de changement rapide et brutal, qu'Edgar Morin propose en comparant une crise à une éruption. Edgar MORIN, « Pour une sociologie de la crise », *Communications*, 12-1, 1968, p. 2-16. Le changement introduit la notion d'évolution et de transformation, qui, dans le cas de la crise, semble inséparable d'une imprévisibilité (formant un « risque scélérat » pour reprendre l'expression de François Dedieu : François DEDIEU, « Alerte et catastrophe : le cas de la tempête de 1999, un risque scélérat », *Sociologie du travail*, 51, 2009, p. 379-401.) Pour Michel Dobry, la crise proprement politique sous-entend un caractère de mobilisation « multi-sectorielle » transformant « l'état des systèmes sociaux » (Dobry (M.), *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Références », 2009). Dans tous les cas la notion de crise reste fortement dépendante de la perception qu'en ont les acteurs impliqués et/ou spectateurs.

⁸⁷⁶ Michel Dobry parle « d'effervescence créatrice » dont tirent profit les acteurs qu'une communauté d'habitus favorable distingue durant ces moments purement conjoncturels. M. DOBRY, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, op. cit, p. 240-243.

quatre patients mais aussi pouvoir faire intervenir en permanence un kinésithérapeute « *justifiant d'une expérience attestée en réanimation* »). A côté de la hiérarchie soignante hospitalière chef de service, praticiens hospitaliers, internes, infirmières, aides-soignantes existe donc un acteur discret : le kinésithérapeute. A ce titre, il verra son travail pleinement mis à contribution à l'occasion de l'épidémie de la covid-19. Le cas empirique qui soutient ici l'analyse est celui du kinésithérapeute de réanimation travaillant dans un grand hôpital non universitaire touché par la crise covid 19 dès mars 2020.

Arthur est un jeune kinésithérapeute d'une vingtaine d'année, issu d'une famille de la classe moyenne supérieure (si son père est directeur commercial et sa mère professeuse des écoles, il convient de souligner que ses grands-parents paternels étaient tous deux médecins, comme un certain nombre d'oncles et tantes). Il réalise une PACES dans sa région, où il déclare privilégier la filière kinésithérapie dans ses choix, « *pour une plus grande proximité avec le patient* », filière qu'il obtient dès sa première année.

C'est au cours de la scolarité qu'il découvre la pratique en réanimation :

*« Arthur : j'avais fait en 3^{ème} année un stage en réanimation, de 6 semaines en réanimation, notamment avec [« Jean Baptiste »], que tu connais. Donc voilà **ce stage m'avait énormément plu** et j'avais connaissance de la possibilité d'avoir une bourse d'études sur la dernière année de formation. Donc c'est ce que j'ai fait, l'hôpital m'a donné une bourse pendant 10 mois en échange de quoi je devais travailler pour l'hôpital durant une certaine période et c'est ce que j'ai choisi [...] Le deal avec l'hôpital, c'est : je viens mais **je veux être en réanimation**. Parce que c'est vrai que quand on signe à l'hôpital on ne sait pas quel... Dans quelle équipe on va finir, c'est selon les besoins. Et moi, c'est ce que j'ai négocié avec le contrat, c'est je viens mais je veux être en réanimation. Ce qui d'ailleurs plaisait à tout le monde parce que **c'est pas un service que tout le monde veut forcément faire**. [...] je trouve que c'est un service dans lequel on voit notre efficacité très rapidement. Contrairement à ce qu'on peut avoir en neurologie, quand c'est une rééducation neurologique c'est une rééducation qui est très longue, les effets on les voit pas forcément tout de suite. Alors qu'en réanimation, quand on fait une kiné respi, **en réanimation on voit tout de suite notre effet**, par la saturation [amélioration du taux d'oxygénation du sang], de par l'état général du patient, on voit une amélioration très rapidement, c'est ça qui m'a... m'a intéressé, c'est l'aspect technique aussi parce qu'on touche vraiment à tout. La pluridisciplinarité, parce que c'est vrai qu'il y a des effectifs qui sont très importants dans les réanimations donc on côtoie des infirmiers, des aides-soignants, **on est aussi très proche des médecins**. On participe aux staffs le matin, donc on a vraiment une place... Importante dans l'équipe et c'est ce qui m'a plu ».*

Il est ici remarquable que les attributs attirant Arthur soient la proximité avec le monde médical, à la fois en termes physiques (service très médicalisé, échanges fréquents) mais aussi en termes de contenus du travail (participation au maintien respiratoire, temps courts). Cela semble une constante, un autre kinésithérapeute réanimateur d'un CHU de province (famille de cadres supérieurs, IFMK public hospitalier parisien) déclare d'ailleurs plus directement réfléchir à une reconversion comme médecin (carnet d'observation, 31/01/2018).

Il existe deux réanimations dans cet hôpital : la réanimation chirurgicale et la réanimation médicale. Deux postes sont prévus, un kinésithérapeute à temps plein pour chaque réanimation. Néanmoins quand

il démarre à l'été 2019, le kinésithérapeute (Jean Baptiste) qui était seul auparavant passe à mi-temps (il devient formateur à mi-temps à l'IFMK, où je le rencontre par ailleurs), puis quitte complètement le service (il passe à temps plein à l'IFMK à compter de février 2020). Aussi, après une première période de travail conjoint, Arthur se retrouve seul kinésithérapeute des deux réanimations à l'arrivée de l'épidémie Covid : « *Jean Baptiste est parti et le covid est arrivé juste derrière* ».

L'épidémie déferle très vite :

« Arthur : *Pour être franc, on s'attendait pas à ce qu'il y ait autant de monde, on s'attendait pas à ce qu'il y allait avoir autant de malades, autant de patients à l'hôpital. **Rapidement la cohue, rapidement ça a été très compliqué** [...] Il y a rapidement plus eu de place en réanimation. Donc après on a commencé à les mettre dans d'autres services.*

Enquêteur : *Vous avez combien de place en réa med en temps normal ?*

Arthur : *En réa med il y a 20 lits et en réa chir il y a 16 lits. Donc... Initialement, en réa med, elle est divisée en deux sous unités de dix lits... Initialement il y avait une unité réservée au covid et une unité de réanimation dite classique.... Rapidement la réa med s'est transformée uniquement en covid et une fois que la réa med était pleine on est passé à la réa chir, avec une unité covid et une unité réa classique... qui a évolué en deux unités covid. Voilà ça s'est fait **en l'espace de même pas une semaine**. Euh... Donc comme ils ont rapidement pris conscience que c'était pas possible, qu'on allait pas pouvoir tenir, surtout qu'il y avait plein de gens qui décompensaient et qui décédaient dans les services, donc il fallait ouvrir des lits de réa rapidement. Donc ils ont stoppé toutes les activités au bloc sauf les activités d'urgence et ils ont transformé le bloc en unité de réanimation. »*

Le travail en lui-même continue rapidement comme avant, voire plutôt mieux qu'avant, avec l'arrivée des renforts, permettant aux kinésithérapeutes de passer de 1 pour 36 lits à 4 pour 36 lits (les nouveaux arrivants kinésithérapeutes, selon Arthur, étaient tous formés en réanimation, d'anciens personnels ou stagiaires de l'IFMK local, exerçant en libéral et venus en CDD le temps de la crise) :

« *Les kinés au maximum... Bon après les unités de réanimation, il y a des unités de post-réanimation qui ont été mises en place parce qu'il y a beaucoup de monde qui a été trachéotomisé. Et du coup il a fallu un suivi, derrière, important de ces patients-là, donc ils ont ouvert des unités qu'on appelle post-réa [...] Après en nombre... Je pense qu'on a dû être... Entre 15 et 20 kinés je pense au maximum [en réa et post-réa] [...] Il y avait des renforts donc **j'ai pu faire beaucoup plus de choses** que d'habitude. Etant tout seul sur deux réanimations, il y a des patients que je ne voyais pas forcément tous les jours... Il y avait certains patients que je ne pouvais pas forcément lever parce que j'étais tout seul et on ne pouvait pas forcément m'aider alors que là on a toujours fonctionné en binôme. A deux vous pouvez faire beaucoup mieux les choses, on a pu énormément travailler avec les patients, on a pu les revoir 2-3-4 fois dans la journée s'il fallait donc on a eu d'excellents résultats. »*

Les journées en réanimation débutent par un staff matinal avec les médecins et les internes où sont évoqués les évolutions de la nuit et les projets pour la journée (tentatives de désintubation, changements de traitements, progrès moteurs ou respiratoires). En fonction de ces échanges, les patients à prendre en charge sont relevés par Arthur qui se rend ensuite dans les différentes chambres. Là, il réalise des soins de deux types, les soins de mobilisation et les soins respiratoires, demandés par les médecins qui cochent l'une des deux cases dans les dossiers papiers des patients.

Les soins de mobilisation consistent en des mobilisations passives, c'est-à-dire faire bouger les membres qui ne sont pas bougés volontairement par le patient, ou des mobilisations actives, où le patient participe plus ou moins. Plus actif encore, il peut s'agir d'assoier le patient en bord de lit ou de l'aider à s'assoier au fauteuil, voire à faire quelques pas dans la pièce. Ces activités sont à la discrétion du kinésithérapeute mais pas seulement, les transferts ou les marches peuvent aussi être effectués par les infirmières ou conjointement (notamment hors covid quand il est seul, la présence de deux soignants est utile pour soutenir le patient et faire suivre le matériel auquel il reste attaché, sondes urinaires, pousses seringues, cathéters...). A l'inverse, les changements de position (passer le patient sur le ventre) sont plutôt considérés comme des actes infirmiers mais, en pratique, le kinésithérapeute (ici un homme) peut aider à cette tâche dure physiquement. Ces changements de position sont d'ailleurs un bon marqueur des hiérarchies incorporées : les infirmières et le kinésithérapeute s'occupent de retourner le corps tandis qu'un interne s'occupe de faire suivre la tête⁸⁷⁷.

Les soins respiratoires consistent en des auscultations pour repérer les zones encombrées ou peu ventilées. Puis, en fonction de ces données, le kinésithérapeute réalise des guidages de mouvements respiratoires qui visent à augmenter l'amplitude des flux. Il provoque une mobilisation de la cage thoracique, parfois un renforcement et surtout un désencombrement, c'est-à-dire une évacuation des sécrétions bronchiques qui peuvent être amenées à stagner dans ces situations d'inactivité prolongée. Ces dispositifs peuvent être plus ou moins sophistiqués, variant de l'appui manuel avec guidage du geste d'expiration (lèvres pincées, faire de la buée etc), à la « PEP à eau » (augmentation de la Pression Expiratoire Positive, réalisée avec une bouteille d'eau et une paille dans laquelle le patient doit faire des bulles), au « cough assist » (machine permettant d'insuffler ou exsuffler l'air avec ou sans aide, avec une pression plus ou moins modulable), en passant par des aspirations. Dans les détresses respiratoires les plus aigües, les patients sont sous ventilateur via une intubation (c'est-à-dire qu'un tuyau permet d'envoyer l'air directement à l'entrée des poumons). L'intubation est considérée comme un geste strictement médical tandis que l'extubation est faite par les infirmières et le kinésithérapeute (à noter que si ces pratiques sont légalement reconnues en Belgique, ce n'est pas le cas en France, même si c'est de fait réalisé dans nombre de services). Extubations, aspirations, voire travail via des appareils respiratoires aidant le patient à augmenter sa ventilation sont partagés en réanimation entre infirmières et kinésithérapeutes. Le domaine médical est nettement plus distinct.

Les frontières interprofessionnelles peuvent être mobiles dans ces services souvent soumis à l'urgence (en cas d'arrêt cardiaque le travailleur disponible participe au massage cardiaque, quelle que soit sa catégorie professionnelle). Néanmoins ces interprofessionnalités se font nettement plus entre acteurs de

⁸⁷⁷ Le sous-entendu est que la tête et le cou, d'où peuvent émerger des cathéters et le dispositif d'assistance respiratoire, forment ici la partie sensible. Personne ne semble interroger la réalité de la connaissance médicale sous-jacente qui justifie de suivre le mouvement du corps avec la partie la plus légère. Il s'agit sans doute plus d'un rôle symbolique de guidage de la procédure, d'un dispositif de réaffirmation de la hiérarchie plutôt que d'une réelle complexité ou incertitude.

même statut hiérarchique (les auxiliaires entre eux) qu'avec les médecins (l'extubation étant le contre-exemple). Cette hiérarchisation est tout à fait incorporée et soutenue par le non partage des connaissances nécessaires à la réalisation des activités. Ainsi, l'exemple de l'intubation est représentatif. Symboliquement important, l'intubation est le geste qui écarte (temporairement) la mort en permettant d'apporter de l'oxygène au plus près de la surface d'échange pulmonaire. Il demeure geste médical tabou pour le reste des équipes alors qu'il s'agit d'un acte manuel, demandant des savoirs a priori maîtrisés par les auxiliaires (mécanismes respiratoires, anatomie de la zone) et des savoir-faire partagés de médecins à internes mais non vis-à-vis des non pairs.

Dans le cas d'espèce, la crise n'a pas entraîné de changements dans la distribution des tâches de travail. Je me suis interrogé sur l'éventualité d'un partage des compétences devant l'afflux de patients : est-ce que les médecins ont proposé aux kinésithérapeutes ou infirmières de réaliser les intubations pour se décharger d'une partie du travail ? ça n'a pas été le cas. La crise a été gérée quantitativement au sein de chaque corporation de façon distincte. L'hôpital a recruté des infirmières, souvent sans expérience en réanimation et qui ont dû être formées par leurs collègues. Des médecins réanimateurs retraités sont venus porter main forte à leurs collègues. Et à la demande d'Arthur, la cadre de rééducation a procédé à des réaffectations de kinésithérapeutes (médecine interne) ou des embauches en CDD de kinésithérapeutes étant passés d'une façon ou d'une autre dans le service de réanimation. Chaque corporation a donc accompli sa mission conformément à son mandat, sans réarrangements.

A l'issue de la crise, chaque corporation est revenue à son niveau de personnel habituel et le kinésithérapeute notamment n'a pas réussi à profiter de la crise pour modifier sa position :

*« Nous on est toujours un peu l'oublié du service de réanimation, on a pas... La même action que les infirmiers, que les médecins. Mais c'est vrai que dans les lettres de remerciement **des patients** le kiné est rarement mentionné. C'est vrai qu'on est souvent un petit peu mis de côté. C'est vrai que dans **les médias**, ils en ont pas énormément parlé, même si je trouve que vers la fin on en a de plus en plus parlé avec tout ce qui est post-réa et ce genre de chose. Quand ils ont vu que le kiné avait une place importante en réanimation. Après **les médecins nous le disent**, nous on a une place qui est très importante en réanimation. Mais c'est vrai que c'est pas forcément... Moi quand il y a quelqu'un avec qui je discute que je dis que je suis kiné en réanimation, il me dit ah tu fais des massages en réa, ça existe... voilà c'est **méconnu du grand public**. On est méconnu du grand public en réanimation. [...] L'infirmier c'est lui qui va faire les piqûres, qui va... injecter les médicaments, c'est cette image là qu'ont les gens. Et c'est ce qui est aussi le cas en réanimation. Le médecin c'est lui qui prend les... Qui sauve les vies. C'est l'image qu'ont les gens de ça. Euh... après c'est vrai qu'en **situation d'urgence** on va beaucoup moins intervenir... Quelqu'un qui va faire un arrêt cardiaque je vais aller aider au massage s'il y a besoin mais je vais jamais aller participer à l'intubation ou ce genre de chose, on n'a pas la formation et on intervient pas sur ce genre de choses. C'est vrai que les situations d'urgences on intervient moins, on est plus sur la... Pas dans la routine quotidienne, mais voilà il y a quand même des différences entre nous et ces professions-là sur ce point. »*

Finalement, dans ces services où le travail a une forte connotation médicale, la reconnaissance provient d'abord des médecins, à la fois modèles et arbitres de la présence légitime. Les délégations de tâches semblent alors inimaginables sans leur accord⁸⁷⁸.

En réanimation, peut-être par la très forte incorporation préalable des hiérarchies, la crise semble avoir stabilisé les places attribuées⁸⁷⁹, ainsi que le montre la position d'Antoine. L'organisation générale hospitalière est, dans ce cas de la réanimation, mise en relief : face aux soins d'urgence le médecin décide, l'infirmière réalise les actes, alors que le kinésithérapeute n'a qu'un mandat réduit, il intervient dans l'hypothèse où l'urgence se prolonge.

Pourtant des instances de la corporation ont tenté de se mobiliser en faveur de ces kinésithérapeutes en réanimation, d'abord par la médiatisation. L'Ordre notamment a été en pointe sur la question, via des communications sur son site internet ou son compte twitter. Il a mis en ligne des articles ou des vidéos sur le travail de ces kinésithérapeutes, parfois en collaboration avec des IFMK. L'Ordre a aussi relayé des articles de presse (rares) ou des reportages de télévisions (régionales) où ces kinésithérapeutes étaient mis en valeur⁸⁸⁰. Pourtant, ce message est resté inaudible, sans doute à cause du décalage entre licence et mandat. Si la licence justifie la présence de kinésithérapeutes, le mandat en réanimation, c'est-à-dire la représentation collective du travail légitime du kinésithérapeute, est faible : le travail de la motricité existe dans ces services mais est invisibilisé par le travail sur la composante vitale, aiguë, immédiate, en opposition avec le travail moteur sur le temps long imparti aux kinésithérapeutes. En ce sens, la motricité respiratoire est en limite de mandat des kinésithérapeutes, son côté immédiat et vital renvoyant plutôt à une activité précieuse et dangereuse, donc à la charge des médecins.

La différence avec le cas des thermes tient au fait que si, ici, des kinésithérapeutes ont une attirance pour l'activité, leur mandat faible se retrouve en concurrence avec des mandats forts d'autres corporations plus puissantes. Le travail médical d'auscultation, diagnostic de l'état ventilatoire, intubation leur reste ainsi officiellement fermé malgré des tentatives informelles :

« Je peux donner mon avis sur les aérosols en post-extubation, ce qu'on fait parfois, les masques avec nébulisation... Pour tout ce qui est fluidification de sécrétions, bronchodilatations, ça je peux donner mon avis, le médecin il me demande « tient est-ce que tu jugerais opportun de

⁸⁷⁸ Ivan Sainsaulieu souligne l'ambiguïté de l'esprit de coopération et de consensus dans ces services. La notion de communauté de pratique invisibilise ainsi les problématiques propres à chaque corporation. Si ces notions d'entraide sont plébiscitées par les soignants, elles contribuent dans le même temps à légitimer l'autorité du médecin-chef et à renier l'intérêt d'une mobilisation par métier, en défense d'intérêts propres. I. SAINSAULIEU, « Collective Mobilization in Hospitals », art. cit.

⁸⁷⁹ Michel Dobry note une tendance des situations de « crise » à entraîner une « régression vers les habitus ». M. DOBRY, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, op. cit.

⁸⁸⁰ Pour des exemples de ces reportages réalisés ou partagés par le CNOMK il est possible de se rendre sur la chaîne Youtube « Web Tv Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes » avec « Expertise des kinésithérapeutes face aux patients Covid 19 en réanimation au CHU de Grenoble » mis en ligne le 1^{er} Mai 2020, sur <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/coronavirus-ancienne-championne-devenue-kine-vanessa-boslak-alerte-sur-la-situation-des-soignants-1586195877> relatant le témoignage le 07 Avril 2020 d'une kinésithérapeute salariée « visible », en l'occurrence une ancienne sportive de haut-niveau ou sur <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/reportage-covid-19-plongee-service-reeducation-post-reanimation-patients-reapprennent-vivre-1894550.html>

mettre en place un bronchodilatateur ou pas ? » et après moi selon mon évaluation pré-extub', selon mon auscultation, selon mon examen clinique je sais si c'est opportun ou pas »

D'autres tentatives d'amélioration de la place dans ces services sont visibles via une institutionnalisation de la spécialité : une Société de Kinésithérapie en Réanimation existe depuis 1989. En dehors des échanges entre kinésithérapeutes (congrès), elle organise une veille scientifique, propose des formations (parfois en lien avec des universités via des Diplômes d'Université) et dispense des bourses de recherche. L'une des kinésithérapeutes rencontrée (IFMK public universitaire, choix de kinésithérapie après échec en médecine, père universitaire, mère enseignante du secondaire) réalise ainsi un doctorat sur l'effet de mobilisation précoce en réanimation. Cette pratique en réanimation s'inscrit ainsi dans le processus de spécialisation comme valorisation du travail proposé au chapitre 1. Toutefois ici le contexte d'exercice concourt au maintien d'une proximité forte à la profession médicale, affaiblissant la reconnaissance d'une autonomie de choix et de pratique. Ces soins ne peuvent être investis sans délaissement des médecins et la phase de crise, loin de provoquer une délégation de tâches, a remobilisé les personnels de chaque corporation sur leurs mandats⁸⁸¹.

Arthur nous montre que des kinésithérapeutes ont une appétence pour le travail respiratoire et que de nombreux kinésithérapeutes y sont formés. C'est ce qui a permis la fluidité avec laquelle le personnel kinésithérapique de son hôpital a pu répondre à l'augmentation du travail de réanimation. L'appétence de certains acteurs et la réalité d'un travail ne suffit pas à assurer une reconnaissance. Le mandat suggéré par le sentiment de mission des acteurs doit être revendiqué dans les institutions. Ici l'Ordre a fait quelques tentatives en vue de médiatiser le mandat faible obtenu par des kinésithérapeutes pour le renforcer. La corporation peut donc suivre les trajectoires des acteurs pour justifier d'un élargissement du mandat, mais sans que cela ne soit toujours suffisant si ce mandat se heurte à un mandat plus ferme d'une corporation disposant de plus de leviers de pouvoirs. C'est ici le cas face à la corporation médicale concernant les soins en réanimation.

Rapidement l'Ordre des kinésithérapeutes se concentre sur ce qui lui semble le cœur de légitimité des kinésithérapeutes, les soins de suite. Là encore, la mobilisation de ces représentants passe par la médiatisation : mise en lumière d'articles de presse ou d'expériences de terrain jugées favorables, interventions médiatiques de sa présidente. Les thématiques comme l'utilité de maintenir une activité physique pendant le confinement, le télésoin en kinésithérapie, les séquelles et récupérations post-covid sont autant de possibilités d'expression⁸⁸². Pourtant une revue de presse à 12 mois révèle la faible audience et la hiérarchisation de l'expression professionnelle.

⁸⁸¹ Une forme de régression vers l'habitus, proposée par Michel Dobry, peut être ici pointée. Les médecins bénéficient de capitaux scientifiques et symboliques qui leur permettent de ré-affirmer leur domination. M. DOBRY, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, op. cit.

⁸⁸² Ces « expressions » sont des tentatives de mise en visibilité médiatique faisant écho à la notion d'obtention de « mandat ». Elles servent aussi de supports lors de négociations plus institutionnelles, comme le Ségur de la Santé,

Il a été choisi de borner la revue de presse du 1^{er} février 2020 au 1^{er} février 2021. Le point de départ 6 semaines avant les premières restrictions de circulation a pour but de prendre en compte la phase de démarrage épidémique. Le dispositif utilisé est « Europresse » qui permet d’avoir une revue de presse large. Afin d’avoir une intelligibilité qualitative des retours, la récolte des données s’est bornée à la presse nationale généraliste (les tentatives avec la presse régionale ont rajouté de trop nombreux encarts liés aux gardes locales, ou changements de propriétaires de cabinets de villages).

Les entrées ont été :

-« kinésithérapeute covid » 32 entrées ; « kiné covid » 71 entrées ; « kinés covid » 47 entrées ; « MK covid » 0 entré ; « kinésithérapeutes covid » 46 entrées ; « masseurs kinésithérapeutes covid » 11 entrées

-« médecin covid » 2613 entrées, « médecins covid » 3261 entrées.

-« infirmière covid » 649 entrées, « infirmier covid » 281 entrées, « infirmières covid » 574 entrées, « infirmiers covid » 623 entrées.

-« aide soignante covid » 248 entrées, « aide soignant covid » 258 entrées, « aides soignantes covid » 130 entrées, « aides soignants covid » 425 entrées.

-« dentiste covid » 54, « dentistes covid » 56 entrées.

Ces mots clés concernaient l’ensemble des articles.

La première analyse purement quantitative est relativement claire quant à l’éclairage professionnel différencié. Les médecins sont de loin les plus mis en lumière par cette épidémie. Dans une mesure bien moindre les infirmières ou les aides-soignantes sont aussi citées, jamais isolément des médecins dans les premiers articles consultés à titre de coups de sonde. Les kinésithérapeutes, à l’image des dentistes, ne sont pas associés à la prise en charge de la Covid-19.

Les 32 articles avec les mots clés « kinésithérapeute covid » ont été retenus pour analyse plus qualitative. Les tentatives avec « kinés covid » amenaient plus d’articles hors sujets (le métier d’un interviewé « kiné » sur des sujets divers non en lien avec la santé ou des articles dans les rubriques sportives⁸⁸³).

Thématique	Nombre d’articles
La rééducation post-covid ou les symptômes persistants	6
La difficulté de maintien des soins de rééducation courants en temps d’épidémie	5

auxquelles ont participé les représentants ordinaires et syndicaux des kinésithérapeutes (sollicitant plus la notion de licence).

⁸⁸³ Dans les rubriques sportives, si les mots « kinés », comme membres des staffs, et « covid », comme impactant les matchs ou l’entraînement, étaient présents, ils n’étaient, dans les articles consultés, pas mis en lien.

Le travail hospitalier du kinésithérapeute (réanimation, pneumologie) soumis à l'épidémie	4
Soins et précautions des kinésithérapeutes pour eux-mêmes (vaccination, crainte de la contamination)	2
Le développement de la téléconsultation avec le covid	2
Hors sujet (souvent métier d'un interviewé sur un autre sujet)	13

Tableau 15 : catégorisation des thématiques des articles de la presse nationale concernant les kinésithérapeutes et le covid.

Un seul article traite uniquement du travail des kinésithérapeutes, celui du Monde du 06 Mai 2020 : « *Pour les kinés, le silence des malades est « difficile à endurer »*. Il s'agit d'un article sur le travail des kinésithérapeutes en réanimation, avec uniquement des kinésithérapeutes interrogés. Il montre une dualité dans le travail des kinésithérapeutes. Il s'agit d'abord de soins immédiats de la motricité du poumon : « *[certaines] manœuvres peuvent être utilisées : par exemple, « accompagner au plus près les mouvements de la cage thoracique pour amener les patients à une expiration profonde, vider totalement les poumons de leur air, vider les bronchioles, les alvéoles, puis faire remonter les sécrétions pour les faire expectorer »*. Puis, rapidement, ce travail est lié à une projection dans la suite, proposant un entretien moteur général en vue d'un futur sans handicap : « *maintenir une tonicité et une souplesse des membres des malades. Chaque jour, ils plient, déplient les bras, les doigts, les poignées, les jambes et les chevilles d'hommes et de femmes inconscients »*.

La majorité de ces articles ne traite pas en propre du travail des kinésithérapeutes, il s'agit généralement d'un exemple d'un corps de métier parmi d'autres, tandis que les articles s'attardent plus sur les avis des médecins du service (hôpital) ou des représentants syndicaux ou ordinaires médecins (en ville), ce qui rappelle qu'outre la faible visibilité de la corporation, elle reste assujettie à la médecine.

L'article du Monde du 05/05/2020 est à ce titre illustratif. « *La consultation à distance n'est pas plus déshumanisante pour les patients »*, traite du développement de la téléconsultation avec l'épidémie. Il s'agit d'une interview d'un sociologue (Alexandre Mathieu-Fritz) travaillant sur les soins à distance (encouragés pendant l'épidémie). Il décrit la délégation des gestes pratiques aux kinésithérapeutes (qui est présent avec le patient) par le chirurgien (qui lui est en visioconférence) : « *Après la pose d'une prothèse, un chirurgien orthopédiste, par exemple, peut demander à un kinésithérapeute situé à côté du patient de lui faire faire des mouvements de rotation de l'humérus pour tester la consolidation de l'articulation. Comme si le kinésithérapeute devenait les mains, les yeux et les oreilles du chirurgien. Cette coopération facilite les échanges de savoirs et de savoir-faire, et permet des relations de confiance durables entre des acteurs qui, d'ordinaire, ne collaborent pas directement. [...] Ce n'est pas forcément évident pour un médecin de confier une partie des tâches liées à l'élaboration du diagnostic à des*

professionnels moins formés et moins compétents que lui dans son domaine. Parfois, de courtes formations sont mises en place pour que le délégataire réalise ces gestes efficacement. »

Il y exprime avec précision le mandat des kinésithérapeutes dans le champ médical : auxiliaire du médecin. A ce titre, la crise covid semble jouer un rôle de réaffirmation de la hiérarchie légitime en santé.

La crise Covid n'a pas modifié sensiblement la répartition des tâches pour les acteurs de terrain au vu de la gestion par corporation : les tâches de chacun n'ont pas changé, les effectifs pour chaque corporation ont augmenté temporairement. Au niveau de leurs institutions, les kinésithérapeutes n'ont pas réussi à mettre en avant leur participation à la lutte contre le covid au sein de l'arène publique. Cette difficulté est à mettre en lien avec le domaine de légitimité proposé en partie 1 : les troubles moteurs. Or la perception de l'infection au covid-19 est partagée entre problématique virologique (c'est un virus), pneumologique (atteinte respiratoire) et épidémiologique (il touche non seulement des individus mais des populations). Dès lors, la kinésithérapie est traitée comme une spécialité impactée par la covid (voir les articles de presse sur les malades délaissés en temps de covid ou sur la mise en place de la téléconsultation) ou qui, éventuellement, agit sous autorité médicale pour récupérer de l'infection (covid longs, symptômes persistants). Mais, dans tous les cas, ce sont bien les chefs de service, c'est-à-dire les médecins, qui portent la parole publique du monde de la santé.

Le travail d'Arthur en réanimation met en lumière une composante transversale de la kinésithérapie, semblable à celle des infirmières, qui leur donne une prétention à agir dans de nombreux domaines de santé. L'activité du kinésithérapeute peut être analysée comme un travail transversal qui suit le découpage médical. Elle est alors marquée par une très forte incorporation des hiérarchies de la santé, inhibant les possibilités de médiatisation propres des auxiliaires. Elle présente dans le même temps une composante sectorielle : la prise en charge de la motricité. Or, d'une part cette activité sectorielle est perçue comme secondaire dans le cas de l'infection au covid-19, et d'autre part elle est relayée dans les CHU (figure de proue de la santé française) par les chefs de services de rééducation médecins, invisibilisant pour partie les kinésithérapeutes. Ces tensions entre approche transversale et sectorielle, la domination du CHU sur la médecine de ville, et finalement, quel que soit le cas, du médecin sur le kinésithérapeute, font qu'il y a peu de mise en lumière du mandat des kinésithérapeutes à l'occasion de cette crise.

Hors du milieu hospitalier, et invisible depuis l'arène médiatique, quelques licences ont pourtant été obtenues à cette occasion. Les représentants syndicaux et ordinaires ont mobilisé⁸⁸⁴ les ressources du

⁸⁸⁴ Sans que l'enquête n'ait été menée sur ce point, il est possible de suggérer que ces licences aient été obtenues par interpellation directe des membres du cabinet du Ministre et des agents de la DGOS par les représentants ordinaires et syndicaux, souvent à la suite des possibilités ouvertes à d'autres corporations.

nombre de praticiens en ville pour obtenir la possibilité pour les kinésithérapeutes de réaliser les tests de dépistages de la Covid-19 via PCR (Polymerase Chain Reaction, par arrêté du 15/09/2020 pour les kinésithérapeutes), les tests antigéniques (arrêté du 04/12/2020) ou la vaccination contre la maladie en présence d'un médecin (arrêté du 07/07/2021). Il s'agit d'actes vus comme techniques, apprenables « sur le tas » pour des personnels variés ayant des connaissances « en hygiène »⁸⁸⁵. L'enjeu n'est pas alors d'être regardant sur les mandats mais de mobiliser des mains capables de réaliser ces gestes répétitifs. De manière plus générale, il est possible que derrière la rhétorique du « Ségur » enclenchée à l'été 2020, se cache de réelles opportunités pour les corporations de renégocier leurs mandats et les modalités d'application de leurs missions. Pour autant, le cas du travail en réanimation donne un aperçu de la difficulté d'investir des mandats plus valorisés dans le milieu médical : l'approche quantitative des personnels (jouer avec les effectifs) plutôt que qualitative (jouer avec les mandats, les missions, les protections des savoirs) est visible à l'occasion de cette crise.

Les thèmes et le travail en service de réanimation en temps de crise covid-19 ont montré que les acteurs investissent ou se détournent de domaines d'activité en suivant leurs logiques propres. Selon la mission qu'ils s'assignent et les possibilités offertes par le marché du travail (et la connaissance de celui-ci), les kinésithérapeutes hiérarchisent les situations de travail. Les thèmes sont unanimement délaissés et recrutent essentiellement parmi les dominés du groupe professionnel. L'exercice dans les services très médicalisés, comme la réanimation, est un cas plus ambigu. Des kinésithérapeutes y agrément volontiers (Arthur est un kinésithérapeute homme formé en France, issu de la région, d'une famille de la classe moyenne supérieure) mais leur sentiment de mission légitime est contrarié par l'invisibilité d'un exercice sous tutelle médicale directe et omniprésente. Le mandat médical sur ces services est alors trop important et empêche que ces sentiments de mission d'acteurs dominés se transforment en mandats voire licences concurrentes. Les institutions, visibles via les représentants ordinaires ou syndicaux, semblent alors se contenter d'entériner ces choix en défendant le travail autorisé ou désiré. Alors que la profession médicale peut compter sur des institutions performatives⁸⁸⁶, cela semble moins le cas pour les kinésithérapeutes : il n'y a ni diplôme de techniciens thermaux sous l'autorité des kinésithérapeutes, ni titres protégés et visibles de kinésithérapeutes spécialisés en réanimation. Pourtant, les représentants de la kinésithérapie tentent aussi d'orienter les acteurs vers des tâches jugées plus désirables. Pour ce faire, les syndicats et l'Ordre ne disposent que de moyens modestes, dont le plus visible semble être la

⁸⁸⁵ C'est ainsi que le ministre Olivier Véran justifie l'ouverture de l'acte de vaccination aux kinésithérapeutes, lors d'une intervention directe en ligne organisée par le CNOMK, le 17 Mai 2021.

⁸⁸⁶ Sans tomber dans les travers des analyses fonctionnalistes, réifiant la cohésion de la profession médicale, certaines institutions comme les facultés de médecine jouent des rôles plus structurants que ce qui est constaté chez les kinésithérapeutes. Ainsi, à la fin du XIX^{ème} siècle, le refus des facultés de médecine (notamment à Paris) d'ouvrir des chaires de kinésithérapie est un revers important pour ses promoteurs, qui conduit cette spécialité médicale trop profane à être délaissée par les médecins au profit d'auxiliaires. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit..

promotion via la presse professionnelle⁸⁸⁷. C'est donc cette dernière qui a été analysée, pour tenter d'y saisir les mécanismes de promotion des secteurs d'activité à investir de manière privilégiée.

c) La mise en lumière du travail désirable, comment la corporation tente d'orienter le travail des acteurs : le traitement des spécialités dans la presse professionnelle

Dans un paradigme de société du risque⁸⁸⁸, il existe une extension de la demande de protection face aux risques, notamment de mauvaise santé, ce qui englobe les problèmes moteurs⁸⁸⁹. Cette logique conduit à un accroissement des possibilités de travail pour les acteurs justifiant d'une légitimité dans le domaine de la motricité. C'est le cas des kinésithérapeutes, sans pour autant qu'ils aient de monopole sur la question, comme cela a été montré au chapitre 1. L'accroissement du nombre de membres est alors un outil nécessaire à la protection du champ d'application des corporations concurrentes. La démographie inflationniste des kinésithérapeutes peut permettre de répondre à la demande et dans la perspective d'Andrew Abbott, de s'emparer de ces nouveaux territoires, soit en création (exemple de l'analyse des Mouvements Généraux en partie 1), soit laissés en friche par la corporation médicale dont la dynamique démographique est moindre.

Dans un article d'une revue professionnelle, « *Hausse spectaculaire du nombre de kinésithérapeutes en 20 ans, problème ou opportunité à saisir ?* »⁸⁹⁰, l'interview croisée du président du syndicat de kinésithérapeutes FFMKR et de deux membres de son bureau permet d'objectiver cette dynamique :

*« Si on tient compte des **besoins de la population**, je ne me fais aucun souci : entre les soins, la prévention, le dépistage de la perte d'autonomie, la santé au travail, etc. nous pouvons remplir de nombreuses missions et répondre à de nouvelles demandes. Il y aura **du travail pour tous les kinésithérapeutes**, même si nous sommes 2 fois plus nombreux d'ici 10 ans [...] il s'agirait en effet d'en faire un atout plutôt que le prélude à une **paupérisation de la profession**, par exemple pour exploiter des **champs de compétence délaissés** faute de temps au profit d'autres professions, pour appréhender les problématiques liées au vieillissement de la population et la façon de concevoir l'accompagnement des personnes âgées dans le bien-vieillir [...] Il faut qu'on nous confie **de nouvelles missions et compétences!** **La situation restera critique** tant qu'on ne prendra pas résolument ce cap, et la FFMKR est prête à proposer des pistes. Par*

⁸⁸⁷ Des formations peuvent aussi être organisées sous l'égide des syndicats, mais elles sont en concurrence avec un maquis d'autres formations (entreprises généralistes de formation professionnelle, kinésithérapeutes individuels -souvent appuyés par un titre universitaire-, IFMK). De plus ce sont les kinésithérapeutes eux-mêmes qui choisissent leurs formations en fonction de leurs intérêts, affaiblissant ce canal de contrôle du travail légitime. Des réunions d'information syndicales existent aussi, mais de faible succès. Enfin les newsletters ou publications via les réseaux sociaux traitent plus de l'actualité syndicale (négociations, positions défendues) ou de thématiques pratiques (actualité comptable, assurantielle, réglementaire...). Ces formats courts semblent moins propices aux mises en avant des territoires professionnels à défendre ou investir.

⁸⁸⁸ U. BECK, *La société du risque*, op. cit.

⁸⁸⁹ En réalité, une grande partie des problèmes pris en charge par les kinésithérapeutes ne sont pas quantifiés précisément. Le choix de parler de « risque » plutôt que de « danger » tient au fait que les incidences de nombreuses pathologies (les arthroses, les lombalgies, les Accidents Vasculaires Cérébraux) font l'objet de référencements, d'explorations biologiques, donc de catégorisations et mises en lumières spécifiques qui contribuent à majorer leur perception (partiellement quantifiée) dans la société.

⁸⁹⁰kiné actualité octobre 2020

exemple, on pourrait proposer l'intervention d'un kinésithérapeute du travail dans toutes les entreprises de plus de 100 salariés. »

Article de « kiné actualité » octobre 2020 (nous soulignons en gras).

L'ambivalence de la question démographique et de l'augmentation du nombre est ici soulignée : d'un côté il s'agit d'une opportunité pour s'imposer dans des tâches jugées plus valorisantes, de l'autre il s'agit d'un épouvantail, car si la corporation échoue à s'emparer de nouveaux territoires du soin, alors il existerait un risque de pléthore (la situation « critique » proposée).

Cela explique que les représentants des kinésithérapeutes tentent d'orienter les choix des acteurs dans un sens jugé plus favorable pour le groupe professionnel : s'emparer de nouvelles compétences et actes valorisés. Pour étudier cette mobilisation, il a été choisi de s'intéresser à la presse professionnelle. Non prédictive de la réalité de l'investissement du groupe social, elle est néanmoins un bon reflet des prétentions des représentants.

La presse professionnelle : promotion des « spécialités »

L'un des relais principaux des syndicats de kinésithérapeutes auprès des acteurs est la presse professionnelle. Une revue de presse permet de faire ressortir un réel traitement préférentiel des pratiques spécialisées.

Le choix s'est porté sur la revue gérée par une branche du syndicat FFMKR. Outre l'ancienneté et l'importance de ce syndicat, sa revue professionnelle « kiné actualité » -KA- est surtout la plus régulièrement publiée en papier. Il s'agit d'un hebdomadaire se réclamant de 30 000 lecteurs pour une diffusion de 10 000 exemplaires (l'abonnement peut être pris pour un IFMK, un cabinet ou un service de rééducation), dans un groupe professionnel de 100 000 kinésithérapeutes en France. Une autre revue papier existe, « kinépointpresse » éditée par le syndicat SNMKR, mais sa publication est plus espacée (c'est un trimestriel) et elle semble avoir une visibilité bien moindre auprès des acteurs.

Le comité de rédaction de KA est composé de 4 membres (une rédactrice en chef, un journaliste, une webmaster et un chargé de publicité). Ils préparent les articles selon un rubricage régulier : un édito sur un sujet d'actualité, un article sur une action du syndicat support (FFMKR), un article général sur l'actualité de la santé et un cœur de revue avec 3 ou 4 articles portant sur l'actualité du métier (formation, expérimentations), un sujet sur la gestion d'un cabinet (comptabilité, remplacement, retraite etc) et un zoom sur un exercice (expérience d'un confrère, compte rendu d'une société savante, promotion d'un domaine d'exercice...). La revue se termine classiquement par un article de type conseil-santé (notamment sur l'alimentation) et par un ou plusieurs courts articles à caractère promotionnel, pour une machine ou un service (informatique etc). L'analyse a porté sur tous les articles papiers publiés pendant

un an (totalité de l'année 2019⁸⁹¹). Leurs relevés puis classements selon leurs thématiques montrent un prosélytisme en faveur des spécialités et de l'extension du domaine d'action.

Thématiques	Nombre d'articles (pédiatrie et gériatrie comme spécialités) ⁸⁹²	Remarques ou exemples
Société générale	24	Actualité en santé au sens large
Gestion cabinet, vie pratique	53	Le numérique, la retraite, la gestion de clientèle
Syndicat	20	Les actions de la FFMKR
Articles portant sur des spécialités	56	Description du travail de kinésithérapeutes spécialisés ou des actualités du domaine
Articles portant sur le cœur de métier	15	Description du travail de kinésithérapeutes généralistes ou des actualités du domaine
Métier	59	De nombreux articles sur l'actualité de la formation
Techniques	13	Description de techniques rééducatives peu connues (ici les techniques peuvent être utilisées dans différents domaines du soin)
Médical autre	16	Très orienté conseils alimentaires
Machines ou pub prestataires	43	Souvent un ou deux articles publicitaires en fin de revue, mais 4 fois par an des numéros « gratuits » avec un nombre conséquent.

Tableau 16 : relevé thématique des articles dans la revue professionnelle « Kiné Actualité » pour 2019⁸⁹³

⁸⁹¹ L'année 2020 a aussi été étudiée, et soutiendra l'analyse qualitative de certains articles particulièrement illustratifs de la démarche de la corporation pour aiguiller le sentiment de mission des acteurs. Concernant l'évaluation quantitative de la promotion des « spécialités » l'année 2019 a été retenue pour sa plus grande représentativité des stratégies ordinaire, en l'absence d'épidémie covid.

⁸⁹² Depuis la réforme des études de 2015, trois grands champs sont décrits : le musculosquelettique, le neuromusculaire et le respiratoire + cardio-vasculaire. Dans ce cadre, les articles portant sur la traumatologie (ou orthopédie), la rhumatologie, la neurologie, les pathologies cardiaques ou respiratoires ont été classés comme « cœur de métier » et la pédiatrie et gériatrie avec les spécialités. Ces deux domaines ont, par contre, toujours tendance à être observés spécialement dans les commissions d'Autorisation d'Exercice pour les diplômés étrangers. A ce titre, ils sont jugés comme nécessaires à la pratique du métier et peuvent être vus comme « cœur de métier ». Un décompte alternatif classant les articles de ces deux domaines comme « cœur de métier » porte alors le nombre d'article sur le cœur de métier à 24 (au lieu de 15) et le nombre d'articles sur les spécialités à 47 (au lieu de 56).

Les articles systématiquement classés dans les spécialités portent sur la rééducation dans les domaines ORL, vestibulaire, chirurgie digestive, sport, douleur chronique, cancer du sein, maxillo-faciale, pathologies maternelles, brûlés, prévention, ergonomie en entreprise, Activité Physique Adaptée, tabacologie, psychiatrie, esthétique ou dermatologie (repérage cancer de la peau).

⁸⁹³ Les limites de ce relevé sont communes à tout procédé quantitatif, notamment en matière de critères de classement. Cette revue de presse cherche à analyser l'action des représentants des kinésithérapeutes comme promoteurs des évolutions du mandat. Bien qu'au cœur de ce classement, les thématiques considérées comme « spécialités » ou cœur de métier sont parfois sujettes à interprétation.

D'une part des articles pourraient être classés dans d'autres rubriques comme « techniques » : un article sur l'inhibition motrice (technique évitant le déclenchement d'un mouvement suite à un stimulus) a été classé comme portant sur une « technique » mais aurait pu être classé comme mis en avant d'une « spécialité » car il s'agit de soins dérivés de la psychomotricité dont la cible semble être relativement spécifique (idem pour la cryothérapie,

Quantitativement, les articles de la presse professionnelle évoquent plus largement les spécialités que le cœur de métier. Ils reflètent ainsi un investissement différent de la part du comité de rédaction et une ligne éditoriale en faveur de la promotion de ces pratiques. Cette différence ne semble pas représentative des intérêts spontanés des kinésithérapeutes. Lors de deux congrès différents dans lesquels j'ai mené des observations participantes, le CIFEPK (Congrès International Francophone des étudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie) ou les JFK (Journées Francophones de Kinésithérapie), les domaines « cœur de métier » drainaient très nettement le plus de congressistes (grands amphithéâtres versus petites pièces), devant d'autres pôles comme la pédiatrie, la gériatrie ou le cardio-respiratoire plus intermédiaires. Les spécialités ou domaines émergents comme l'activité physique adaptée (proposée par des kinésithérapeutes), la nutrition ou les soins de la sphère intime, notamment féminine (cancer du sein ou rééducation périnéale) n'attiraient qu'un faible nombre de congressistes.

Les présentations de ces spécialités dans la presse professionnelle permettent une promotion par l'exemplification : le parcours et le travail d'un kinésithérapeute référent font office de modèle à suivre. Par cet instrument, les syndicats tentent de promouvoir ces domaines spécialisés, frontières du groupe professionnel. Alors que la défense de la « licence » se faisait sur des domaines délaissés (le « dirty job » en termes), la promotion via la presse professionnelle porte plus sur les thématiques désirables, ou plutôt qu'il serait bon que les kinésithérapeutes désirent⁸⁹⁴.

Parmi ces spécialités, un investissement promotionnel variable

S'il existe donc une velléité des institutions du groupe professionnel de promouvoir certains domaines de travail, toutes les spécialités ne sont pas logées à la même enseigne. Le cas de la promotion des rééducations de la sphère périnéale permet de comprendre la logique de choix des représentants.

Les pathologies « intimes » « féminines » présentent à ce titre des caractéristiques intéressantes : spécialités historiques sujettes à concurrence avec d'autres groupes professionnels, elles semblent bénéficier d'un regain d'intérêt des acteurs (à rapprocher de leurs caractéristiques genrées) pouvant expliquer l'investissement des représentants syndicaux pour appuyer ces pratiques.

qui peut être utilisée comme outil thérapeutique... Ou être un exercice à part entière via l'ouverture d'un centre uniquement consacré à son application).

Un deuxième point de subjectivité concerne le classement dans un domaine ou un autre : la frontière entre rhumatologie et douleur chronique peut être mince, tout comme la rééducation suite à une opération orthopédique infantile (classé en pédiatrie plutôt qu'en orthopédie, au vu des spécificités des préconisations thérapeutiques).

⁸⁹⁴ La désirabilité est ici à concevoir par hypothèse dans un futur projeté. Ces spécialités sont justement promues parce qu'elles sont trop peu pratiquées (pour ces représentants syndicaux) alors qu'elles semblent des thématiques porteuses pour l'avenir des kinésithérapeutes.

Ces spécialités « uro-gynécologiques », parfois désignées sous le terme de « périnéales »⁸⁹⁵, comptent parmi les pratiques fondatrices de la kinésithérapie⁸⁹⁶, tout en ayant un statut particulier au sein de la corporation. Initialement pratiquées par des hommes sur des femmes, certaines techniques comme le massage vaginal ont été réprochées par la morale à la fin du XIX^{ème} siècle, ce qui a favorisé sa mise sous tutelle médicale : « *le masseur doit être médecin d'autant qu'il est utilisé dans certaines maladies de la femme que le Dr Horace Stapfer [premier trésorier de la société de kinésithérapie évoquée au chapitre 1], médecin gynécologue parisien, développe. [...] L'auteur de cette véritable doctrine va choisir le terme de kinésithérapie gynécologique qui regroupe la pratique du massage et d'une gymnastique spécifique pour les troubles de l'appareil génital féminin, thème devenant l'objet de thèses en médecine* »⁸⁹⁷. Pourtant la profession médicale est divisée sur ces soins : il n'est pas possible de laisser des actes aussi intimes et invasifs au profane, mais les bonnes mœurs réprochent ces pratiques. La solution consistera alors à faire réaliser ce « dirty job » médical à des auxiliaires, les kinésithérapeutes. Il existe un clivage entre les sexes⁸⁹⁸ dans ces rééducations de la sphère intime et les femmes sont les plus concernées (les chiffres indigènes parlent de 90% de femmes parmi les patients atteints d'incontinences urinaires). Ceci explique sans doute la prise en charge alternative, et à forte connotation genrée, proposée par les sage-femmes durant la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Ces dernières disposent d'un statut médical et d'une connaissance de la sphère périnéo-sphinctérienne, tout en étant des praticiennes femmes⁸⁹⁹. Il y a alors concurrence entre délégation du massage et du renforcement, quelle que soit la zone corporelle, aux kinésithérapeutes et délégation de la sphère gynécologique aux sage-femmes. L'Etat⁹⁰⁰ joue alors son rôle de régulateur : par le décret du 8 Aout 1991, les sage-femmes obtiennent le monopole de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les 3 mois suivant l'accouchement, puis, au-delà, la pratique est partagée entre sage-femmes et kinésithérapeutes. En cas de troubles sphinctériens non liés à l'accouchement, les kinésithérapeutes ont le monopole. La proportion de femmes à soigner semble importante pour analyser les tentatives actuelles de promotion de cette spécialité auprès de kinésithérapeutes de plus en plus féminines. Métier essentiellement masculin en 1946, sa féminisation se produit tout au long de la deuxième moitié du

⁸⁹⁵ Il s'agit des rééducations de la zone des organes reproducteurs, dont le périnée est un muscle clé. L'une des principales problématiques traitées est l'incontinence urinaire, pouvant provenir d'une faiblesse musculaire du périnée. L'accouchement, par les traumatismes causés dans la zone, est un déclencheur régulier de problèmes musculaires. Ces interrelations entre périnée, problèmes urinaires et organes reproductifs expliquent l'utilisation alternative et synonyme de rééducation « uro-gynécologique » et « périnéale ».

⁸⁹⁶ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit., p. 419-436.

⁸⁹⁷ J. MONET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », art. cit.

⁸⁹⁸ Il est proposé ici que le clivage des troubles dépende du sexe (mettant l'accent sur la part de biologique dans les différences organiques de la zone et leurs conséquences), tandis que le clivage traversant la répartition du travail est genré. Ceci est proposé à des fins de clarté de lecture, sans pour autant que cette distinction soit totalement conforme à la réalité : la pathologie n'est jamais réductible au biologique et à la vision organiciste.

⁸⁹⁹ M. LE DU, « Synthèse entre cure et care », art. cit.

⁹⁰⁰ En l'occurrence ici les acteurs administratifs du ministère de la Santé, qui ont la haute main sur le code de la santé publique et les décrets d'actes, sans doute en discussion avec la corporation médicale.

XXème siècle pour passer à 35% de femmes sur les 55 000 professionnels recensés en 2002⁹⁰¹ puis 50% de femmes en 2017 sur 85 000 à 90 000 kinésithérapeutes⁹⁰². Dit autrement, si la progression du nombre de kinésithérapeutes est importante, la progression du nombre de femmes kinésithérapeutes l'est encore bien plus.

Or Maï Le Dù souligne l'assignation symbolique entre praticiennes féminines et soins féminins intimes : « *le métier de sage-femme semble être l'archétype d'un « métier de femme » : exercé en grande majorité par des femmes (à 97,4%) – l'histoire de sa mixité étant d'ailleurs très récente – il répond aux rôles et aux attentes de cette catégorisation professionnelle : prendre soin des femmes et des nouveau-nés en œuvrant au cœur de l'intimité des corps, de la vie reproductive, du maternage, ceci jusqu'au sein même des foyers* »⁹⁰³. Cette assignation des femmes à soigner des femmes, si elle n'est pas expliquée ici, est retrouvée dans la spécialité de rééducation périnéale. Ainsi l'Association Française de Rééducation en Pelvi-périnéologie, principale association regroupant ces kinésithérapeutes spécialisés, tient un annuaire des praticiens pratiquant ces soins. S'il n'a pas vocation à être exhaustif (l'inscription nécessite d'adhérer à l'association), il est un bon indicateur des intérêts genrés pour la spécialité (à travers le tamis de sa vie militante). L'analyse des prénoms⁹⁰⁴ montre un rapport de 404 femmes pour 39 hommes (23 indéterminés) dans l'annuaire associatif ; elle confirme une tendance préférentielle à voir des kinésithérapeutes femmes s'emparer de ces soins aux femmes. Yaëlle Amsellem-Mainguy relève quant à elle que les femmes (jeunes femmes pour son terrain) se déclarent plus à l'aise avec des soignantes pour les questions liées à la sphère génitale : « *le sexe du gynécologue a lui une importance pour les patientes qui préfèrent dans une grande majorité avoir recours à une femme. « Entre femmes, l'aveu est facile, la connivence rapide, la pudeur moins effarouchée qu'avec un homme, fut-il médecin », soulignant ainsi que le corps féminin et tout ce qui s'y rapporte est une « affaire de femmes »* »⁹⁰⁵.

En ce début de XXIème siècle, la croissance démographique du nombre de kinésithérapeutes et sa forte féminisation rééquilibre la relation de concurrence avec les sage-femmes quant à ces soins. Si certains attributs favorables aux sage-femmes (profession médicale, accès à la femme dès la grossesse) restent, la partition genrée du milieu du XXème siècle (des hommes kinésithérapeute et des femmes sage-femmes) s'atténue. En 2016 la DREES recensait 6 025 femmes sage-femmes libérales ou à exercice mixte (6 193 professionnels en comptant les hommes) contre 31 743 kinésithérapeutes femmes libérales ou à exercice mixte (69 006 en comptant les hommes). Les femmes kinésithérapeutes, plus susceptibles de réaliser ces soins que les hommes, deviennent ainsi nombreuses, susceptibles de mieux mailler le

⁹⁰¹ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit.

⁹⁰² Le CNOMK faisant état de 85 000 MK, sans doute sous-estimés au vue des non-inscrits salariés.

⁹⁰³ M. LE DU, « Synthèse entre cure et care », art. cit.

⁹⁰⁴ Cette analyse présente des faiblesses et il peut y avoir des correspondances inégales entre le code social que représente le prénom de l'Etat Civil et le genre de l'individu concerné. Elle permet toutefois de dégager un ordre de grandeur difficilement contestable.

⁹⁰⁵ Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, « Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé », *Santé Publique*, 23-2, 2011, p. 77.

territoire que les sage-femmes et de répondre à la demande de soin (même si toutes les femmes kinésithérapeutes ne vont pas les réaliser).

Il semble alors possible de proposer un lien entre la démarche syndicale de promotion de cette spécialité kinésithérapique et l'augmentation du nombre de femmes kinésithérapeutes susceptibles d'investir ce territoire professionnel. La réponse à un besoin social (la demande des femmes d'avoir des femmes pour pratiquer la rééducation de la sphère génitale) ou l'appétence professionnelle (les représentants tableraient, envisageraient ou réagiraient à la volonté de cette nouvelle population professionnelle féminine de soigner les femmes) sont en permanente discussion. Quoi qu'il en soit, féminisation et poids démographique sont des ingrédients clés pour comprendre la volonté affichée par les syndicats de défendre cette spécialité.

Inversement, la rééducation de la déglutition, dont l'assignation genrée semble moindre (et donc moins évolutive) et dont le partage avec les orthophonistes fait l'objet d'une concurrence démographique moins favorable (en 2016 la DREES recensait 19 820 orthophonistes) est bien moins mise en lumière (un seul article sur l'année 2020, général à toute la sphère du visage et il faut remonter à mai 2014 pour un article spécifique « rééducation labiale et linguale »). La probabilité d'établir un rapport de force favorable joue sans doute. De la même manière, les activités très spécialisées mais non menacées par d'autres corporations ne sont pas non plus mises en exergue (aucun article sur la rééducation vestibulaire en 2020, il faut remonter à octobre 2016 pour voir un article portant sur la réalité virtuelle et son application possible aux rééducations vestibulaires)⁹⁰⁶.

Les activités non menacées ou au contraire trop délaissées au profit d'autres groupes professionnels font donc l'objet d'une promotion moindre. En cela, si les représentants (ici syndicaux) des kinésithérapeutes tentent de peser sur les territoires investis par leurs membres, ils sont dépendants des choix de ceux-ci et de leurs dispositions sociales sous-jacentes. Ils doivent aussi prendre en considération l'écologie générale et les perspectives d'investissement victorieux.

La rééducation des femmes : mécanismes et arguments de promotion

S'il a été argumenté que le choix de la promotion de la rééducation périnéale par les représentants des kinésithérapeutes est dépendant de l'évolution sociale du corps professionnel (et des appétences en découlant), cela n'épuise pas les modalités pratiques. Les arguments de promotion seront ici analysés

⁹⁰⁶ Dans ces deux cas, la moindre activité des acteurs de la spécialité pourrait être convoquée pour expliquer la différence d'affichage avec la spécialité uro-gynécologique. Si cet argument est difficile à totalement exclure, il faut noter que ces spécialités sont institutionnalisées aux mêmes titres que l'uro-gynécologie, via une Société Française de Kinésithérapie Vestibulaire et une Association Française Oro-maxillo-faciale qui proposent congrès, conférences ou articles de manière régulière. Il semble bien plus probable que les institutions sélectionnent les domaines à rendre visible auprès des acteurs pour optimiser les chances d'y affermir le mandat.

via les articles de la presse professionnelle. 5 articles en lien avec les rééducations féminines (rééducations périnéales déjà évoquées, mais aussi rééducation autour des chirurgies mammaires ou de l'endométriase) sont repérables dans KA pour l'année 2020 et permettent l'analyse sous l'angle d'Andrew Abbott des mécanismes, objets et outils de luttes entre corporations.

Le premier objectif est d'obtenir le soutien de la corporation médicale dominante dans le domaine de la santé. Cette demande de soutien passe par l'affirmation d'une culture scientifique commune et la présentation de l'intérêt bien compris des patients sous ce jour. En janvier 2020, un article⁹⁰⁷ présente un congrès autour de la santé des femmes « Paris Santé Femme » organisé à l'initiative de gynécologues obstétriciens. Des associations et sociétés savantes kinésithérapiques y participent, proposant des ateliers et communications : évaluation et rééducation post-partum, prise en charge chirurgicale des incontinences urinaires d'effort et leurs complications, post-partum et reprise du sport, ménopause et rééducation (incontinence urinaire mixte du sujet âgé, activité physique adaptée et place du kinésithérapeute, traitement kinésithérapique de la sexualité de la femme ménopausée) ou encore troubles circulatoires et cancers (notamment cancers gynécologiques). A ces occasions, les kinésithérapeutes présentent leurs savoir-faire et prétentions à inférer sur un état jugé pathologique. Leurs destinataires lors de ces congrès sont les autres travailleurs de la santé et en premier lieu les médecins, ordonnateurs des dépenses de santé et portes d'entrée dans le parcours de soin. Si ceux-ci ont délaissé la niche écologique du soin de la motricité (activité physique, contraction musculaire du plancher pelvien, amélioration de la circulation sanguine) aux paramédicaux, ils conservent néanmoins leur pouvoir de légitimation d'une corporation auxiliaire à appliquer un soin. Le rapport de ce congrès dans la presse professionnelle a alors pour intérêt de réassurer les kinésithérapeutes quant à leur légitimité à assurer les prises en charge dans le domaine : des travaux scientifiques existent, la validation médicale est bien recherchée, les prescripteurs ont toutes les raisons d'adresser des patients.

Cette validation par la science a, de plus, une visée interne à la corporation : montrer la vitalité de la sous-discipline et la robustesse de ces pratiques qui passent victorieusement au tamis de la science. Il s'agit ainsi de chercher l'adhésion des membres de la corporation pour créer une dynamique dans la sous-discipline en séduisant de nouveaux membres. En février 2020 un article⁹⁰⁸ relate ainsi l'évolution de la Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie francophone qui décide de délaisser la formation de professionnels pour soutenir la recherche dans le domaine. La liste de trois mémoires de fin d'études récompensés l'année précédente donne le ton quant aux critères d'intérêt : *Évaluation de l'effet de la rééducation périnéale chez des femmes atteintes de vulvodynie. Intérêt des traitements conservateurs dans le cas d'énurésie nocturne primaire par rapport aux traitements pharmaceutiques, Regard des professionnels de santé sur la rééducation périnéale dans le traitement de la dysfonction*

⁹⁰⁷ « 22 sociétés savantes réunies autour de la santé des femmes » KA 1558, 23 janvier 2020

⁹⁰⁸ « Pelvi-périnéologie, la SIREPP se consacrera désormais à la recherche » KA n°1559 du 6 Février 2020

érectile après prostatectomie totale. Ces travaux de recherche réalisés par des étudiants kinésithérapeutes sont alors des vecteurs internes de promotion, la spécialité étant en lutte avec les autres exercices kinésithérapiques pour attirer des membres. Les relations potentiellement concurrentielles internes ne semblent pas une source d'inquiétude (le marché du travail est florissant), à l'inverse de l'éventuel délaissement. Les hiérarchisations internes au groupe professionnel sont des moteurs importants : il faut convaincre les membres et attirer les plus valorisants d'entre eux, c'est à dire ceux qui sont capables de mobiliser la science pour défendre la spécialisation.

En dehors de la légitimité de la tutelle médicale et de la dynamique interne à établir, la troisième thématique de la promotion professionnelle porte sur le patient directement. Peu soutenues par l'administration de la santé qui y voit une source de complexification, rejetées par les représentants des médecins qui y voient une potentielle concurrence, des tentatives d'accès direct plus ou moins nuancées existent : il peut s'agir d'activités déconventionnées avec accès des patients sans passage par le médecin ou de soins conventionnés effectués par le kinésithérapeute sur demande d'un patient avant « régularisation » par un médecin qui signera le « bon à socialiser la dépense » que peut être l'ordonnance. Il s'agit alors de convaincre directement les patients du bien-fondé des soins proposés, c'est-à-dire de promouvoir directement la spécialité à leur endroit. La mise en avant de l'association KRS dans un article KA en ligne d'octobre 2020 souligne l'intérêt des représentants professionnels pour cette voie de croissance professionnelle. « Le Réseau des kinésithérapeutes du sein (RKS) démarre fort » relate ainsi le rassemblement associatif de kinésithérapeutes et de patients. L'idée est de dépasser l'orientation médicale jugée insuffisante (ce qui est exprimé avec prudence) : « *malgré les efforts de nos 52 référents sur le territoire, nous manquons encore de moyens pour communiquer, notamment auprès des médecins et chirurgiens prescripteurs qui n'ont pas encore le réflexe d'orienter vers un kinésithérapeute spécialisé en sénologie*⁹⁰⁹ ». Fort de leur certitude en la bonne adéquation de leur action avec le besoin d'une population, les acteurs de ce réseau utilisent les outils numériques pour rendre visible la pratique et obtenir un accès direct des patients ayant des besoins : « *Comme les patientes sont aujourd'hui livrées à elles-mêmes quand elles sont opérées, elles cherchent sur Internet, via les réseaux sociaux et c'est ainsi qu'elles tombent par hasard sur notre site. D'ailleurs, 28,1 % sont à l'initiative de leurs séances de kinésithérapie* ». En d'autres termes, il existe un besoin de santé à prendre en charge directement, qu'une association spécialisée tente de capter. La presse professionnelle s'en fait alors écho pour valoriser la spécialité : il est possible d'y envisager un exercice autonome de la tutelle médicale.

La promotion professionnelle nous montre trois arguments distincts pour donner l'image d'une spécialité dynamique : montrer le soutien des prescripteurs, des patients et attirer des membres valorisés de la profession (les meilleurs étudiants, capables de promouvoir la spécialité via la recherche). Elle

⁹⁰⁹ Etude de la structure, du fonctionnement et des maladies du sein.

montre par ailleurs deux modalités différentes d'extension du territoire : l'adoption de nouveaux outils thérapeutiques ou l'adoption de nouveaux domaines ou populations à prendre en charge, de proche en proche, à partir de ces spécialités distinctes.

L'article KA en ligne du 29 septembre 2020 « *A Montpellier, de la kinésithérapie post cancer du sein à l'éducation au yoga* » est à ce titre révélateur. La mise en avant de la kinésithérapeute faisant cette proposition (kinésithérapeute, professeure de yoga, référente en recherche clinique d'une structure hospitalière) associe défense d'un domaine de soin (le soin de la femme, en concurrence possible avec les sage-femmes) et défense d'outils thérapeutiques (le sport comme outil de soin, en concurrence possible avec les enseignants APA). A destination des professionnels, cette mise en lumière permet de revendiquer l'ensemble du mandat jugé légitime par les représentants syndicaux.

Cette promotion interne à la profession fait encore l'objet de l'article du KA d'octobre 2020⁹¹⁰, qui revient sur le congrès d'un organisme de formation continue de kinésithérapeutes (« *l'institut de pelvi-périnéologie de Paris* »). La présentation de deux communications « *prise en charge kinésithérapique de la douleur dans l'endométriose* » et « *kinésithérapie et population LGBTQ+ : focus sur la prise en charge autour de la réassignation du genre* » a pour but de « former », c'est-à-dire pousser les membres de la corporation à investir ces domaines. Cet article met en avant l'importance du diagnostic kinésithérapique dans ces prises en charge. Ce dernier suit une trame pré-codifiée : il s'agit de rechercher une explication biomédicale générale, puis de faire un diagnostic-bilan s'appuyant à la fois sur les connaissances médicales et un bilan plus spécifique aux kinésithérapeutes avant d'envisager, en fonction de ce bilan, les outils thérapeutiques kinésithérapiques utiles dans ces cas :

« Plusieurs signes cliniques doivent retenir votre attention : règles douloureuses, saignements abondants, présence de sang dans les urines, douleurs au bas-ventre et pelviennes, difficultés de défécation, douleurs périnéales chroniques, etc. N'hésitez pas à interroger vos patientes, cela pourrait contribuer à réduire le délai dans lequel le diagnostic est posé. Pour confirmer celui-ci, une échographie intravaginale ou une IRM sera nécessaire. »

⁹¹⁰ « Congrès, le rôle du kinésithérapeute dans certaines pathologies très intimes » Ka n°1574, du 15 octobre 2020

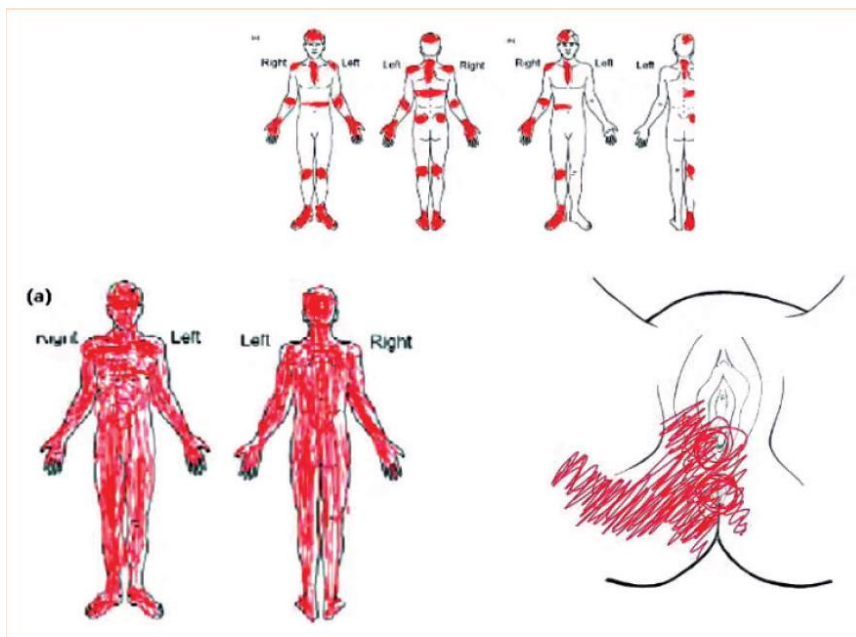


Fig. 1 : Schéma qui peut être utilisé avec vos patientes pour qu'elles localisent les douleurs provoquées par l'endométriose. Celui-ci donne une idée de l'ampleur des conséquences de cette pathologie.

Figure 14 : image proposée dans l'article KA n°1574 « Congrès, le rôle du kinésithérapeute dans certaines pathologies très intimes »

Cet article a pour but de mettre en avant la spécialité et les pratiques valorisées de diagnostic qu'elle permet.

Ainsi le militantisme syndical quant aux territoires plus périphériques à la kinésithérapie ne se résume pas à une défense vis-à-vis des autres corporations d'un domaine ou de techniques mais aussi à une volonté d'aller vers des actes plus valorisés (le diagnostic). Ce travail d'élargissement du mandat de la kinésithérapie concerne les domaines du soin, au sens de leur découpage médical, et la place dans la chaîne du soin, c'est-à-dire le passage d'une position d'exécutant à une position de diagnosticien.

Objet de lobbying intense, le domaine d'application de la kinésithérapie est un enjeu important des représentants professionnels. L'allié médical peut être convoqué si besoin, tout comme le patient directement si la courroie médicale semble décevante. Les revendications syndicales peuvent s'exercer sur une population à soigner, des techniques thérapeutiques ou encore plus globalement la place dans la chaîne de soin. Les mises en lumière via la presse sont des tentatives des représentants syndicaux de promouvoir des domaines considérés comme légitimes pour la corporation. Si ce travail de promotion est bien réel, il montre aussi la faiblesse institutionnelle de la kinésithérapie. Plus que le travail des syndicalistes, c'est bel et bien la démographie, son augmentation et ses changements de composition sociale qui permettent de discuter les champs de compétences légitimes avec les autres corporations en concurrence. Les représentants syndicaux jouent alors un rôle pour pousser les domaines qui leurs semblent à défendre ou conquérir, tout en ne faisant que suivre les tendances perceptibles au sein du

groupe professionnel. En ce sens les institutions de la kinésithérapie semblent avoir une palette modeste d'outils (essentiellement incitatifs) pour orienter les pratiques⁹¹¹.

Les choix des acteurs semblent prépondérants dans l'évolution des territoires professionnels. C'est la sensation de « dirty job » qui explique le détournement du travail en thermes, malgré la défense de la licence par les syndicats. Ces derniers tentent pourtant d'influer sur les choix des acteurs par une promotion des pratiques désirables, comme dans le cas de la rééducation périnéale. Mais même ces promotions sont d'abord dépendantes d'un état des lieux des acteurs en présence et de leurs envies : la rééducation périnéale est promue aussi parce qu'elle semble prometteuse au vu de la féminisation du groupe professionnel. La deuxième contrainte qui pèse sur les représentants syndicaux est l'environnement écologique. Le travail en réanimation est recherché par des acteurs du groupe professionnel mais il s'agit d'un travail en frontière de mandat : le trouble moteur est invisibilisé par l'enjeu vital, l'action dans le temps long du kinésithérapeute est invisibilisée par la notion d'urgence très présente dans ces services. A ce titre, les soins en réanimation sont d'abord sous le mandat de la hiérarchie hospitalière traditionnelle : aides-soignantes, infirmières et médecins. Les représentants des kinésithérapeutes n'arrivent alors pas à promouvoir efficacement le travail de leurs représentés. Si les appétences des acteurs et leurs caractéristiques sociales sont au cœur des dynamiques d'évolution des tâches soignantes, elles sont aussi intimement liées aux évolutions démographiques. Le nombre est un enjeu important dans la perspective d'assurer le mandat reçu, voire de l'étendre. Mais sa maîtrise est aussi un enjeu pour éviter des relations de concurrence trop exacerbées entre les acteurs. Cette tension entre le « trop » et le « trop peu » explique l'importance du sujet démographique pour les représentants des kinésithérapeutes. Ainsi l'Ordre réalise régulièrement un atlas démographique de son groupe professionnel⁹¹², tandis que les syndicats négocient plus directement les modalités de clôture du marché du travail avec les différentes administrations impliquées. Alors que, concernant le partage du travail, les choix des acteurs et le système écologique des professions semblent au cœur des dynamiques en cours, les administrations semblent plus directement impliquées et concernées par les évolutions démographiques. Ces acteurs administratifs ne se contentent plus alors d'un rôle régulateur des velléités professionnelles mais sont impliqués dans la fabrique des procédés de contrôles démographiques. La thématique démographique permet alors de quitter la relation représentés-représentants pour analyser les transactions entre représentants et acteurs administratifs. Au cours de ce travail de recherche, un

⁹¹¹ La primeur du choix des acteurs existe sans doute dans toutes les professions. Malgré cela, il est possible que la corporation médicale ait une palette plus étoffée pour orienter vers des pratiques désirables : la reconnaissance institutionnelle, des chaires de spécialités ou des délégations d'actes sont des outils qui peuvent être utilisés dans ce cas. La naissance de la kinésithérapie en est une résultante : malgré le choix de médecins de s'intéresser à cette pratique, son aspect profane a participé à son rejet par les acteurs institutionnels (médecins de facultés). En freinant son enseignement et son développement comme spécialité médicale, les médecins des facultés ont diminué l'attrait de la pratique, finalement confiée à des auxiliaires.

⁹¹² CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit ; A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

avenant conventionnel régissant l'activité libérale des kinésithérapeutes a ainsi été signé, mettant en place une régulation démographique à l'installation. Il s'agit alors d'un cas empirique de premier choix pour comprendre comment la kinésithérapie, au sens de ses institutions, négocie avec l'Etat, au sens de ses administrations et de la CNAM⁹¹³.

Section 2 : Du nombre à la densité, l'instrument du dénombrement permet à l'Assurance Maladie d'imposer ses vues aux représentants des kinésithérapeutes libéraux

A l'image du contenu des actes, où le travail quotidien des acteurs engage les représentants, la démographie professionnelle dépend en partie des vellétés des étudiants à choisir ces études. Une spécificité partagée par les professions est alors l'existence de mécanismes de contrôle de ce nombre via des limitations, le plus souvent au moment des formations (numerus clausus, sélection qualitative au cours des études, nombre de formations diplômantes réduit). Les kinésithérapeutes sont ainsi un groupe attractif, comme en témoignent les flux migratoires importants de jeunes français allant se former à l'étranger pour tenter d'obtenir un diplôme difficilement accessible en France. Mais ces migrations marquent aussi la faiblesse ou, a minima, le contournement des mécanismes de clôture du groupe professionnel. Si cette attractivité est valorisante, elle se double d'une croissance démographique d'autant moins contrôlée qu'elle est due à des flux extranationaux. Plus que vers les acteurs, les représentants des kinésithérapeutes se tournent alors vers leurs administrations de tutelle pour tenter de mettre en place des mesures nouvelles de contrôle de la démographie. Ce ne sont ni les ministères de la Santé (en charge des quotas) ou de l'Enseignement Supérieur (en charge du programme) qui s'emparent de ce sujet démographique, mais le payeur dans le cadre de l'exercice libéral, la CNAM. Etudiée ici selon une approche par séquences⁹¹⁴, il sera montré que, loin d'apporter des réponses à la corporation sur ses inquiétudes (réguler le nombre de diplômés), cette régulation démographique permet aux agents de la CNAM de faire avancer leurs vues. Une régulation est ainsi mise en place, non pas limitant l'accès

⁹¹³ La CNAM peut être partiellement distinguée des administrations centralisées ou décentralisées, même si la gestion paritaire historique s'efface devant une étatisation récente. Patrick Hassenteufel en parle comme d'un « corporatisme domestiqué par l'Etat ». Patrick HASSENTEUFEL, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'Ires*, 70-3, 2011, p. 3.

⁹¹⁴ L'approche séquentielle souligne l'idée de processus avec des phases successives (R. BALME et S. BROUARD, « Les conséquences des choix politiques », art. cit.). Elle a pour intérêt ici de mettre l'accent sur les changements intervenus et les logiques de réponse en découlant. Elle pose par contre la question d'une séparation un peu artificielle des événements et de leur mise en ordre descriptif tranché, alors que la réalité montre des allers retours bien plus constants entre acteurs et positions. Si les séquences ne rendent ainsi pas complètement compte de la réalité, elles sont construites en réponse à la problématique, ici pour rendre visible les rapports entre représentants professionnels et acteurs administratifs. La deuxième limite tient à sa formulation sous l'idée de problème, construit puis à résoudre. S'il est incontestable que l'action publique ne se limite pas au traitement d'un problème, cette approche reste heuristique pour comprendre la tension que l'évolution démographique engendre au sein du groupe professionnel et la fenêtre d'opportunité que cela ouvre pour des réformateurs.

au groupe, mais encadrant sa répartition territoriale : dans les territoires considérés comme trop dotés, les kinésithérapeutes ne peuvent plus être conventionnés. Aussi bien dans l'élaboration des solutions que l'adoption des mesures, les kinésithérapeutes n'ont eu que peu de marges de manœuvre face à des administrations qui cherchent à réguler le groupe professionnel en fonction de leurs agendas. La régulation démographique permet ainsi de documenter la position de faiblesse des représentants des kinésithérapeutes dans leur rapport à la CNAM.

a) Construction du problème : la pléthore laisse place à la disparité.

Le problème démographique se construit autour d'une tension entre les représentants syndicaux qui craignent la pléthore due aux flux européens de diplômés et des administrations qui s'inquiètent des disparités d'offre de soin.

Des représentants des kinésithérapeutes inquiets de l'augmentation du nombre due aux migrations européennes.

Les effectifs des kinésithérapeutes croissent de manière continue depuis la seconde moitié du XXème siècle :

Année (1 ^{er} janvier source DREES ⁹¹⁵)	1971 ⁹¹⁶	1990	2001	2006	2011	2014	2017
Nombre de kinésithérapeutes (France métropolitaine)	20 400	44 000	53 997	61 999	70 780	78 061	82 660

Tableau 17 : décompte du nombre de kinésithérapeutes en exercice en France métropolitaine.

⁹¹⁵ Après 2014, le répertoire ADELI utilisé par la DREES n'est plus alimenté, ce sont alors les données d'inscriptions au tableau de l'Ordre.

⁹¹⁶ Les chiffres de 1971 ont été tirés de la thèse de Jacques Monet (p31). Il cite une source DREES, non retrouvée, appuyée sur des données DDASS. Il n'a pas été trouvé de données plus anciennes, tout porte à croire que les effectifs antérieurs étaient plus réduits encore.

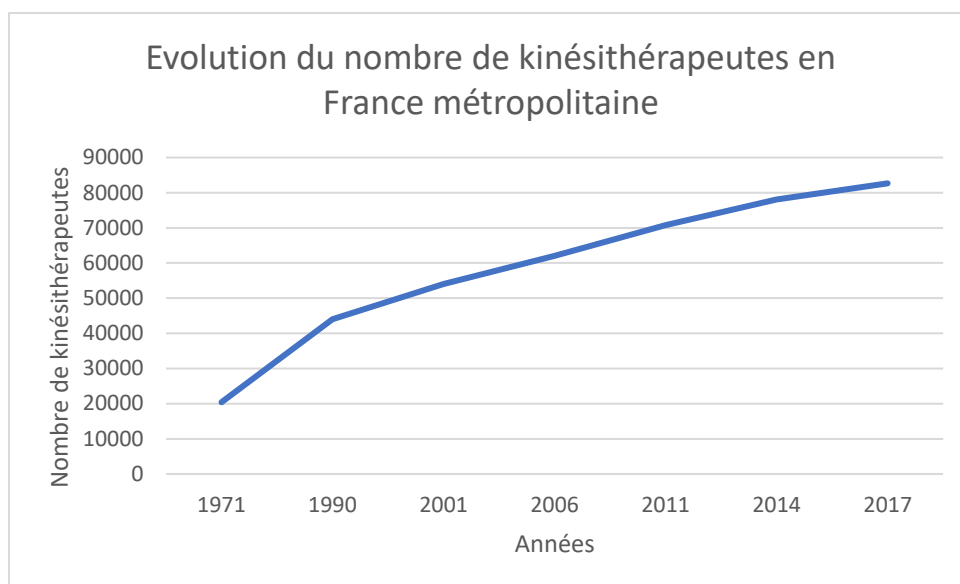


Figure 15 : graphique de l'évolution du nombre de kinésithérapeutes en France métropolitaine.

Pour analyser cet enjeu d'augmentation, il est difficile d'individualiser une politique démographique concernant la kinésithérapie⁹¹⁷. Elle est plutôt partie prenante d'une politique de santé fortement influencée par les problématiques médicales. En matière de démographie, Marc-Olivier Déplaude montre que la fin du XX^{ème} siècle (des années 1970 à 2000) est marquée par la problématique de la pléthore médicale⁹¹⁸. Elle a pour origine le partage d'une inquiétude médicale quant à la concurrence entre ses membres et d'une inquiétude administrative, voire politique, quant au coût de la santé pour les finances publiques. Ce contrôle de la pléthore suit alors les recommandations d'une partie du corps médical⁹¹⁹ et passe par l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée de la deuxième année de médecine à partir de 1971⁹²⁰. La recette sera étendue aux kinésithérapeutes en 1981, avec un quota à l'entrée dans les écoles. Pourtant, dès les années 1990, le contrôle global du nombre d'entrants, ne donne pas entièrement satisfaction : les finances publiques continuent à être sous tensions. Un projet de contrôle administratif des actes en sus du nombre de praticiens est alors mis à l'agenda. Porté par la Direction de

⁹¹⁷ Ici politique au sens d'orientation gouvernementale ou collective sur un sujet d'intérêt public. Il existe des régulations administratives de la kinésithérapie (quotas d'étudiants ou décrets d'actes discutés avec le ministère de la Santé, règles conventionnelles discutées avec la CNAM) mais qui s'inscrivent dans un ensemble de politiques publiques visant à prendre en compte un champ médical au sens large : les orientations politiques portent sur un système de santé (favoriser les exercices coordonnés, mettre en place la tarification à l'activité), voire sur la profession dominante (instaurer le *numerus clausus* en faculté de médecine) et peuvent concerner la kinésithérapie. Il est plus difficile de distinguer une orientation collective spécifique à l'objet kinésithérapie, de façon indépendante.

⁹¹⁸ Cette problématique est alors partagée entre profession médicale (réguler l'accès aux facultés de médecine en réponse à la massification de l'accès à l'enseignement supérieur) et pouvoirs publics au sens large (en réponse, déjà, aux craintes devant l'augmentation des dépenses de santé). La pléthore reste, au demeurant, une crainte récurrente des groupes professionnels, justifiant les mesures de fermeture du marché du travail.

⁹¹⁹ Marc-Olivier DEPLAUDE, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2-1, 2009, p. 79.

⁹²⁰ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*

la Sécurité Sociale du ministère de la Santé et les cabinets ministériels successifs⁹²¹, ce projet consiste en la mise sous enveloppe des groupes professionnels, avec adaptation des tarifs en fonction des dépenses constatées⁹²². A l'inverse de la régulation par le *numerus clausus*, ici se sont les groupes professionnels les plus faibles⁹²³, infirmières en 1993 puis kinésithérapeutes en 1994 qui sont les premiers ciblés, dans la perspective d'ensuite s'attaquer à la corporation médicale⁹²⁴. Cette tentative d'extension aux médecins est un échec : mobilisés contre la mesure, les syndicats médicaux, rejoints par les auxiliaires libéraux qui n'avaient pu, seuls, s'opposer à cette régulation, font reculer la stratégie gouvernementale⁹²⁵.

Le tournant des années 2000 se singularise alors par un changement rapide et radical de problématique : la question devient celle de la pénurie de médecins⁹²⁶ : les hôpitaux manquent d'internes et les zones rurales de libéraux⁹²⁷. En réponse, les *numerus clausus* médicaux sont relevés pour permettre de former plus de personnels. Les quotas de kinésithérapeutes suivent, là encore, le même chemin. La Direction Générale de l'Offre de Soins contrôle donc une augmentation du nombre « domestique », c'est-à-dire du nombre d'étudiants kinésithérapeutes en France. Mais, pour ce groupe professionnel, le phénomène est amplifié par les migrations européennes et par les flux d'étudiants français, exclus des cursus hexagonaux, qui partent se former à l'étranger.

Les quotas d'étudiants kinésithérapeutes en France ont progressé durant la période récente, cependant cette progression reste inférieure aux arrivées migratoires. Les diplômés de France étaient plus de 2000

⁹²¹ F. PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », art. cit.

⁹²² Les mécanismes dits « d'enveloppe globale (par profession) », ont été pensés selon le mécanisme de lettre-clé flottante pour les biologistes (1991), infirmières (1993) et kinésithérapeutes (1994) : le tarif de l'acte varie en sens inverse du nombre d'actes de manière à tenir une enveloppe définie a priori (*Ibid.*, p. 417.). Les tentatives du plan « Juppé » de 1995 se concrétisent en 1997 par l'instauration (éphémère) de sanctions financières sur les médecins en cas de dépassement des enveloppes médicales : reversement à l'Assurance Maladie d'une partie des tarifs des actes et prescriptions « excédentaires » (*Ibid.*, p. 421.). Une guérilla juridique et l'alternance politique signeront la fin de ces tentatives (Patrick HASSENTEUFEL, « La défense de la médecine libérale », *lavedesidees.fr*, 2015, p. 10.).

⁹²³ A noter toutefois la régulation des laboratoires de biologie, dirigés par des médecins. Dominique POLTON et Anne-Marie BROCAS, « La régulation contractuelle : l'exemple de la biologie de ville », *Revue française d'administration publique*, 76, 1995, p. 629-640.

⁹²⁴ Pierre VOLOVITCH, « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ? », *La Revue de l'Ires*, 51-2, 2006, p. 33.

⁹²⁵ Michel ARLAUD et Magali ROBELET, « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du Travail*, 42-1, 2000, p. 91-112.

⁹²⁶ Cette question est portée par des segments médicaux (d'abord les médecins hospitaliers, opposés à la baisse du nombre d'internes, rejoint ensuite par l'ordre des médecins puis par les syndicats de libéraux) mais aussi des élus politiques locaux, notamment en zones rurales. M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit., p. 261-298.

⁹²⁷ Des zones urbaines, notamment dans les quartiers populaires sont aussi touchées. Guillaume CHEVILLARD, Véronique LUCAS-GABRIELLI et Julien MOUSQUES, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *Espace géographique*, 47-4, 2018, p. 362 ; Jean-Marcel MOURGUES et Patrick BOUET, « Atlas de la démographie médicale en France », *Conseil National de l'Ordre des médecins*, 2018, p. 165.

par an à la fin des années 1980 avant que l'instauration des quotas⁹²⁸, à compter de 1981, ne réduise progressivement ce nombre. Le minimum sera atteint en 2000⁹²⁹ avec 1314 étudiants admis. Là, la prise en compte du risque de désertification médicale par la DGOS⁹³⁰ (et par extension de manque de soignants de manière générale) entraîne une remontée progressive des numéros clausus de médecins et des quotas de kinésithérapeutes jusqu'à dépasser les 2700 admis en 2018. Mais le plus marquant est l'évolution, dans cette fenêtre temporelle, des migrations de kinésithérapeutes. Anecdotes jusqu'au milieu des années 1990, les autorisations d'exercices (AE) de praticiens étrangers dépassent les 2000 arrivées par an à compter des années 2010.

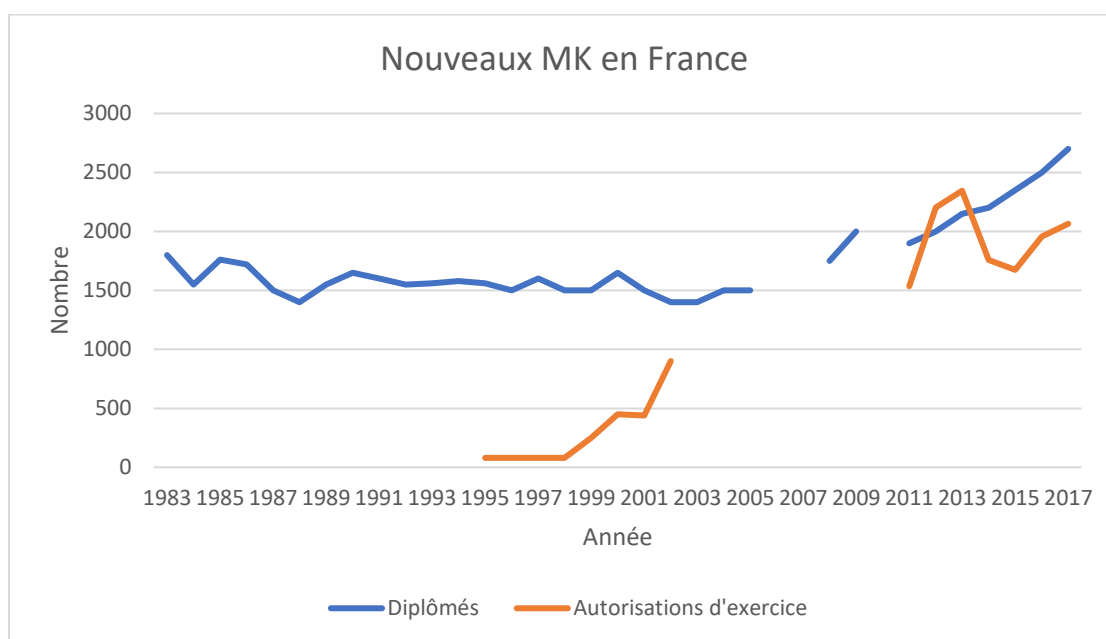


Figure 16 : graphique de l'évolution du nombre d'impétrant kinésithérapeutes (MK).

Données DREES pour tous les diplômés et la première série d'AE au tournant 2000⁹³¹ et CNOMK pour les AE de la décennie 2010. A noter que les publications DREES donnaient une représentation graphique, ici reproduite et agrégée avec les données CNOMK plus récente, mais sans les tableaux chiffrés précis, ce qui ne permet pas d'apporter ici plus de précisions.

⁹²⁸ Ces quotas apparaissent suite à une première phase de croissance importante du nombre de diplômés, passant de 530 en 1956 à près de 2000 en 1980. R. REMONDIÈRE, *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)*, op. cit, p. 210.

⁹²⁹ Serge DARRINE, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *DREES*, 242, 2003, p. 8.

⁹³⁰ La publicisation du problème évoqué d'abord par les médecins hospitaliers passe par la presse mais aussi par des rapports administratifs, commandés notamment par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé. C'est ce dernier département administratif qui acte l'augmentation des quotas de kinésithérapeutes. M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit, p. 261-310.

⁹³¹ S. DARRINE, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », art. cit ; CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

Il n'a pas été possible d'obtenir les chiffres précis des diplômés, hors de la représentation graphique d'un article DREES ici reprise⁹³². Il existe quelques carences DREES pour les diplômés 2006, 2007 et 2010 et il y a une rupture importante de données pour les AE entre 2003 et 2010. Durant cette période aucune publication DREES ne nous renseigne sur les AE accordées. C'est le ministère de la Santé qui accordait alors directement ces autorisations et aucun relevé n'a pu être effectué sur celles-ci (suite à une demande ordinaire, le ministère aurait répondu que les archives n'auraient pas été conservées). Afin de visualiser plus clairement le poids des migrations européennes dans l'évolution démographique, il a été réalisé, à partir de ces données, un tracé par aires empilées. Le principe de l'empilement a alors contraint à projeter des données sur les périodes intermédiaires où les données étaient absentes (postulant une progression linéaire). Elles ont été colorées distinctement afin de bien pouvoir distinguer les projections et les données vérifiées.

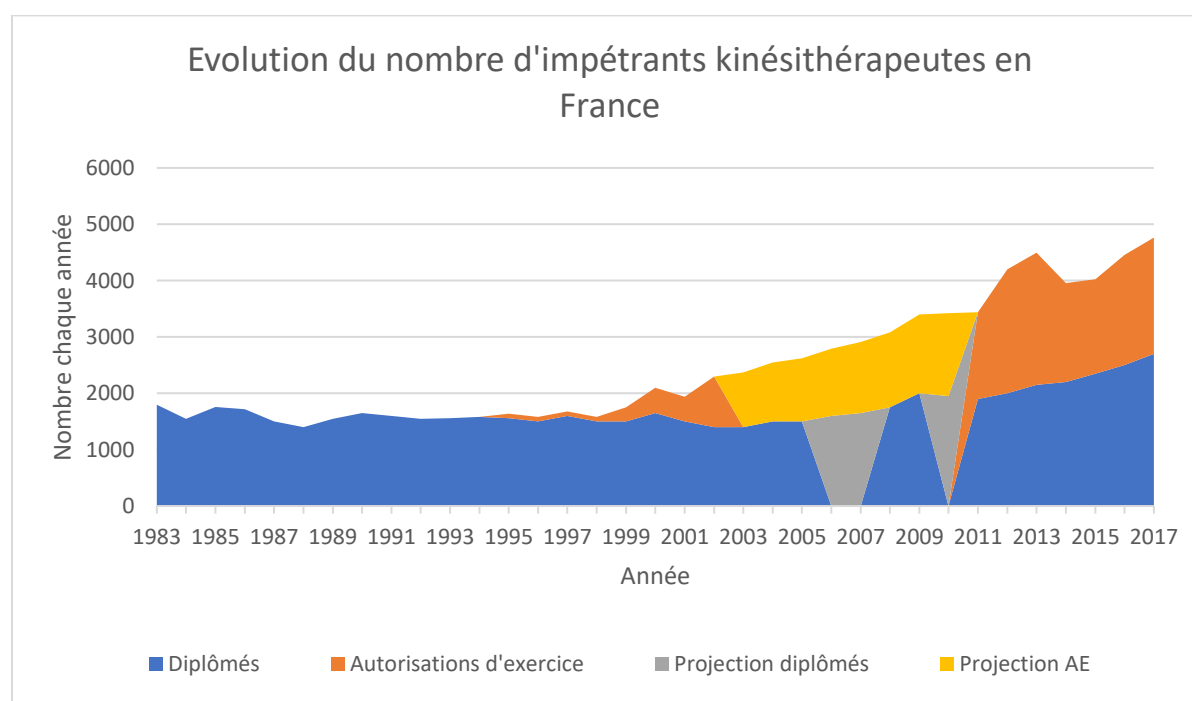
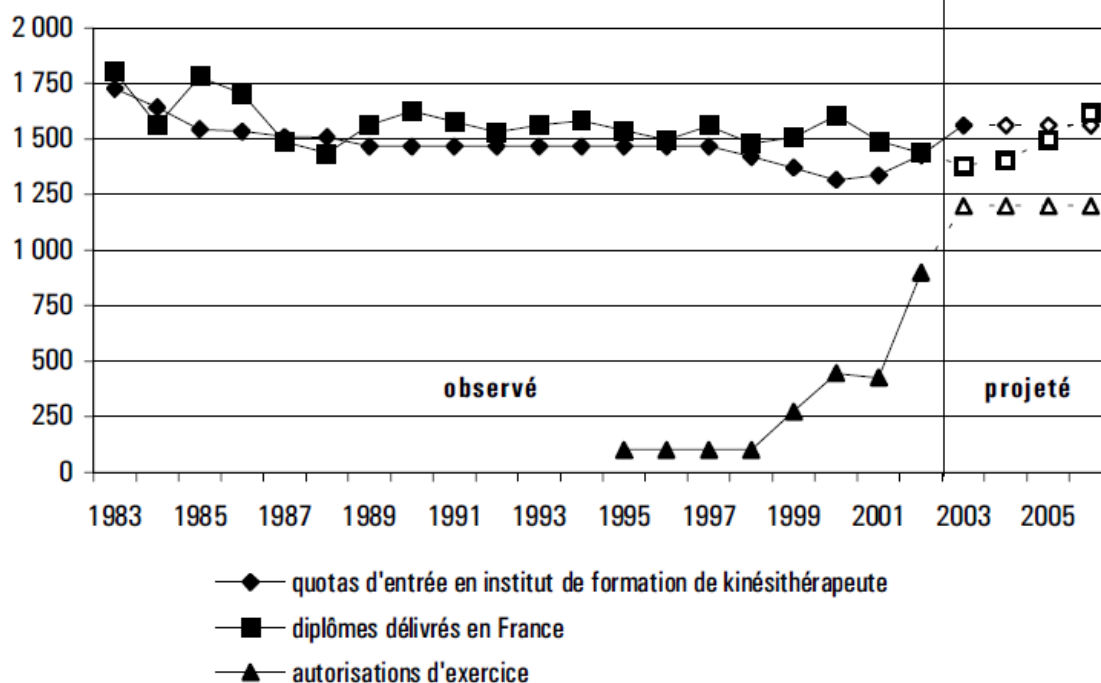


Figure 17 : graphique de l'évolution du nombre d'impétrants kinésithérapeutes (données manquantes projetées suivant la logique de la progression linéaire des valeurs).

Ce phénomène européen trouve sa genèse au milieu des années 1990 et devient important au tournant des années 2000. Il est remarquablement concomitant avec le resserrement du numérus clausus au cours de ces mêmes années (dont le minimum sera atteint en 2000). Un zoom possible sur ce phénomène est possible grâce à une publication DREES de 2003⁹³³, qui propose un graphique sur l'origine des impétrants dans le groupe professionnel au cours de la décennie 1990.

⁹³² Cependant, les quotas français depuis 1981 (leur date d'instauration) m'ont été transmis par le bureau RH1 (ressources humaines) de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Présents en annexe 1, la projection graphique de ces quotas d'entrée montre une courbe similaire à celle des diplômés.

⁹³³ S. DARRINE, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », art. cit.



Champ : quotas d'entrée et diplômés en instituts de formation de kinésithérapeutes en France ; autorisations d'exercice délivrées à des kinésithérapeutes diplômés d'instituts de formation européens.

Les quotas présentés dans ce graphique tiennent compte des vingt places réservées aux athlètes de haut niveau qui s'ajoutent désormais à celui des autres élèves.

Sources : DGS, DREES, DHOS.

Figure 18 : graphique DREES⁹³⁴.

Cette même publication nous renseigne aussi sur l'origine de ces diplômés étrangers : à 88% des diplômés belges, dont 2/3 d'individus de nationalité française.

Ces premiers impétrants via des diplômes étrangers sont alors majoritairement des diplômés belges de nationalité française. La situation du côté des universités belges a alors été approchée via l'exemple de l'UB. Suite à l'enquête de terrain (questionnaires aux étudiants, entretiens avec les étudiants et les enseignants) et aux relations établies sur place⁹³⁵, il a été possible d'obtenir de leur part l'évolution du nombre d'étudiants en fonction de la nationalité de 1980 à 2000 (en annexe 2). Des données plus générales aux trois universités belges ont été fournies par le conseil des recteurs (Belgique francophone) mais portaient sur une temporalité plus courte. De ce fait, les données propres à l'UB ont été préférées pour l'analyse (il n'a pas été possible de se procurer les données des Hautes Ecoles, mais tout porte à croire qu'elles ont été concernées au même titre).

⁹³⁴ Ibid.

⁹³⁵ Notamment avec la doyenne de la faculté de motricité de l'UB, kinésithérapeute de formation, qui a été d'une aide précieuse dans cette enquête sur la situation belge.

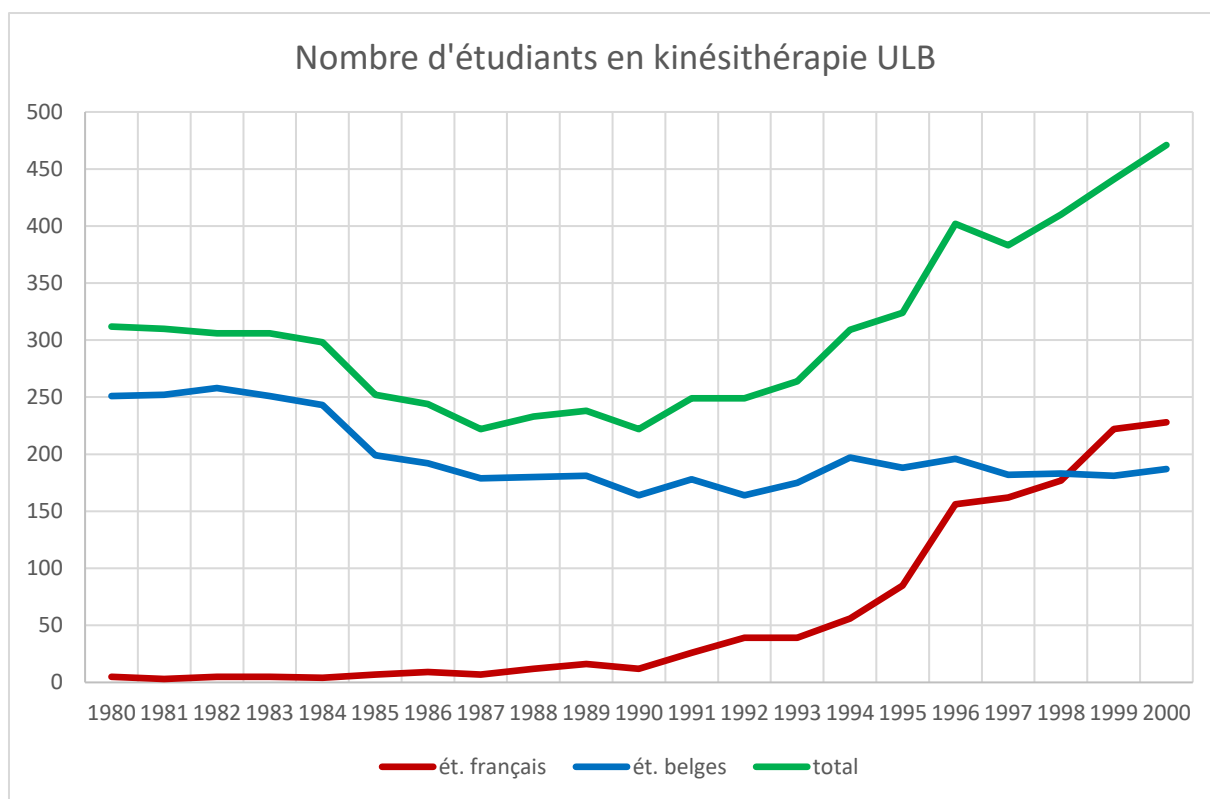


Figure 19 : graphique du nombre d'étudiants en kinésithérapie à l'UB, par nationalité (les données chiffrées regroupées sous format tableau figurent en annexe 2).

Tout porte à croire que le resserrement des quotas français a entraîné une fuite des exclus du concours vers la Belgique, où il n'y avait pas de sélection jusqu'en 2006⁹³⁶. Après une phase de « défrichage » des possibilités de formation en Wallonie-Bruxelles, cette filière s'institutionnalise avec un taux de français dépassant même le taux d'étudiants belges. Les contournements européens se diversifient par la suite, à la fermeture partielle de la « filière belge » lors de la mise en place du tirage au sort, limitant le nombre de non-résidents belges (c'est-à-dire de français). Sous l'action conjointe des structures salariées françaises qui organisent des venues de kinésithérapeutes espagnols (2001 pour l'action coordonnée par le ministère évoquée au chapitre 1), de ce resserrement belge et des législations européennes de plus en plus clairement permissives, les aspirants kinésithérapeutes français se tournent vers les filières allemandes (pour les alsaciens notamment compte tenu de la maîtrise nécessaire de la langue) ou espagnoles à compter des années 2010 pour de nombreux étudiants du sud de la France.

⁹³⁶ Ce phénomène est aussi permis par les mesures européennes en faveur de la libre circulation des travailleurs qui imposent une reconnaissance des titres professionnels. Pour une analyse de cette politique, voir T. LE BIANIC et L. G. SVENSSON, « EUROPEAN REGULATION OF PROFESSIONAL EDUCATION », art. cit. Il faut aussi souligner le cadre cognitif instauré par le processus de Bologne, qui propose une comparabilité des cursus et introduit une logique, verbalisée par des étudiants kinésithérapeutes rencontrés, de « diplômes européens » qui s'imposent aux Etats. Pour un rappel sur l'aspect non contraignant mais pourtant performatif du processus du Bologne, lire P. RAVINET, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé ? », art. cit ; S. CROCHE, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », art. cit.

Pour autant, en France, les kinésithérapeutes ne sont pas les seuls soignants à voir leur nombre augmenter. Durant la période récente, tous les groupes professionnels de la santé se caractérisent par une croissance continue, même si les intensités varient :

Métier	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Médecins	196292	197209	199445	202612	205437	207736	210203	211713	212711	212874
<i>Taux de croissance annuel du nombre de médecins</i>		+0,47%	+1,13%	+1,59%	+1,39%	+1,12%	+1,19%	+0,72%	+0,47%	+0,08%
Kinésithérapeutes	51313	52959	54969	56440	58109	59895	61705	63431	64098	65901
<i>Taux de croissance annuel du nombre de kinésithérapeutes</i>		+3,21%	+3,80%	+2,68%	+2,96%	+3,07%	+3,02%	+2,80%	+1,05%	+2,81%
Infirmières	373441	389548	404564	418571	431565	446100	461505	478483	493503	487515
<i>Taux de croissance annuel du nombre d'infirmières</i>		+4,31%	+3,85%	+3,46%	+3,10%	+3,37%	+3,45%	+3,68%	+3,14%	-1,21%

Métier	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecins	213821	212044	213442	216762	218296	220474	222150	223571	224875	226219
<i>Taux de croissance annuel du nombre de médecins</i>	+0,44%	-0,83%	+0,66%	+1,56%	+0,71%	+1,00%	+0,76%	+0,64%	+0,58%	+0,60%
Kinésithérapeutes	68717	70807	72811	75117	77730	80706	83619	86459	87991	
<i>Taux de croissance annuel du nombre de kinésithérapeutes</i>	+4,27%	+3,04%	+2,83%	+3,17%	+3,48%	+3,83%	+3,61%	+3,40%	+1,77%	
Infirmières	507338	528206	547676	567 363	595394	616573	638248	660611	681459	700988
<i>Taux de croissance annuel du nombre d'infirmières</i>	+4,07%	+4,11%	+3,69%	+3,59%	+4,94%	+3,56%	+3,52%	+3,50%	+3,16%	+2,87%

Tableau 18 : relevés des nombres de « professionnels » depuis 1999 selon la DREES (donnée manquante pour les kinésithérapeutes en 2018)

Le taux de croissance annuel des effectifs des groupes professionnels entre 1999 et 2018 est de +0,75% pour les médecins, +3,04% pour les kinésithérapeutes et +3,37% pour les infirmières. Alors que les médecins connaissent une croissance modérée, les infirmières et les kinésithérapeutes voient leurs effectifs croître de manière beaucoup plus soutenue (près d'un doublement du nombre en 20 ans).

Derrière ces chiffres, la logique qui préside à l'inflation du nombre de kinésithérapeutes est singulière. D'une part ils ne parviennent pas à contrôler le nombre d'impétrants à la manière des médecins. En France les doyens de facultés de médecine mobilisent la complexité du cursus pour limiter l'augmentation du nombre d'étudiants domestiques (« nécessité » de sélectionner des impétrants capables, structuration et coût des UFR dissuadant leur agrandissement ou leur multiplication, obligation de stages spécialisés limités en nombre...). Les flux européens de médecins, quant à eux, restent modérés⁹³⁷ grâce à une position sociale favorisée dans tous les pays qui limitent les départs de praticiens domestiques et limite la marchandisation et l'ouverture large des formations aux étudiants étrangers⁹³⁸. En ce sens, les kinésithérapeutes ont moins de contrôle⁹³⁹ sur leur nombre, ce qui explique l'inflation supérieure.

D'autre part le desserrement des quotas d'entrée en kinésithérapie en France est moindre que pour les infirmières et l'augmentation de leur nombre (via les européens) est moins maîtrisée par l'administration française⁹⁴⁰. En ce sens, cette inflation est plus difficilement sujette à entente entre corporation et administrations⁹⁴¹.

⁹³⁷ M.-O. DEPLAUDE, « Une xénophobie d'État ? », art. cit.

⁹³⁸ Un bémol peut être formulé dans le cas des universités roumaines. Mihaï DINU GHEORGHIU, « L'Université roumaine, une bulle spéculative ? », *Revue d'études comparatives Est Ouest*, 45, 2014, p. 40 ; R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », art. cit.

⁹³⁹ L'expression « contrôle » est utilisé pour être synthétique. La comparaison avec la corporation médicale montre en fait qu'il s'agit d'un « contrôle » via l'organisation en écologie complexe et étendue : le segment des formateurs en médecine (via les doyens) contribue à la sélection drastique et au « contrôle » du nombre domestique, tandis que l'appropriation transnationale de la santé par la corporation médicale et son importance partagée dans l'espace européen permettent un « contrôle » des flux migratoires qui restent bas.

⁹⁴⁰ Cela ne signifie pas que l'administration française soit opposée à ces flux et qu'ils soient simplement subis. Malgré la force des textes européens, des cas rapportés par des enquêtés montrent que des situations freinent efficacement les flux migratoires entre pays :

-une enquêtée, diplômée française cherchant une équivalence en Espagne, rapporte avoir vu son dossier faire la navette entre ministère de la Santé, ministère de l'Enseignement Supérieur, gouvernement central et gouvernement régional (18 mois) avant de s'entendre prescrire 2 ans de stages réalisables dans un futur hypothétique : « *il m'a dit je crois que vous avez pas bien compris la situation [...] vos stages [pour obtenir l'équivalence] vous les commencerez pas avant 1 an 1 an et demi, 2 ans* ».

-une enquêtée croate rapporte que, dans son pays, si les diplômés sont reconnus équivalents facilement, pour exercer en libéral il faut passer un concours de recrutement (en langue croate).

Aussi, si le contrôle de l'administration française sur ces flux européens est moindre que via les quotas, il est possible d'imaginer qu'ils sont, à tout le moins, tolérés.

⁹⁴¹ A noter que les chirurgiens-dentistes présentent des points communs avec les kinésithérapeutes. Ils sont eux-aussi soumis à une migration européenne forte, due principalement à des français étudiant dans des pays où la formation dentaire est moins strictement limitée qu'en France. Les flux restent cependant proportionnellement

Cette situation conduit les représentants syndicaux des kinésithérapeutes à s'inquiéter d'une situation démographique sur laquelle ils ont peu de prise⁹⁴². Les inquiétudes des kinésithérapeutes portent sur leur nombre total et peu sur les disparités. Si des postes sont vacants, ils sont en partie à relier à du « dirty job » (le cas des thermes ou, dans une moindre mesure, de certains postes hospitaliers peu gratifiants). En libéral, si des hétérogénéités de densité existent, elles suivent en partie un gradient urbain – rural à relier aux centres du savoir médical (les CHU où les densités de médecins spécialistes sont des ressources pour un exercice spécialisé tel que vu au chapitre 2), aux conditions d'exercices parfois plus valorisées (les centres urbains peuvent héberger des IFMK permettant d'avoir une activité d'enseignement, de recevoir des stagiaires) et aux choix de vie personnelle (travail du conjoint, loisirs, facilités d'éducation des enfants...)⁹⁴³. En tant qu'acteurs à la recherche de conditions favorables, les kinésithérapeutes alimentent donc ces disparités. S'ils peuvent regretter l'hétérogénéité de répartition et de soins apportés à la population, leurs représentants sont finalement peu mobilisés sur ces thématiques. La répartition est laissée à une logique d'équilibre influencée par le « dirty-job » : les mises en concurrence localisées obligerait les impétrants à partir ou investir des exercices moins valorisés :

« Si un mec veut s'installer place [centrale d'une grande ville universitaire] c'est son problème à la limite. Et s'il ne gagne pas d'argent tant pis pour lui. »

Entretien avec un président ordinal régional du sud de la France, 12/09/2018

« Il n'y a pas de perte d'activité [dans une grande ville universitaire], non pas pour le moment [...] Les gens travaillent. [Dans cette ville universitaire] moins, ils commencent tous à accepter de faire des soins à domicile... Ça montre quand même qu'on commence à avoir besoin de ne pas rater tel ou tel type de soins [...] [Dans une ville moyenne de la même région] personne ne fait du dom' [soins à domicile] ou très peu... [Dans la ville universitaire] ils commencent à faire du dom' [...] Il ne faut pas oublier que la ville [universitaire] en 2016 ils étaient 570 et en début 2019 ils étaient pratiquement 800. Ça fait quand même en deux ans et demi une forte augmentation... »

Entretien avec un président d'URPS kinésithérapeute de l'Est de la France, 03/10/2019

Pour les représentants des kinésithérapeutes la problématique est d'abord le manque de contrôle sur la croissance démographique. Les impétrants formés à l'étranger (Espagne, Allemagne et Belgique en tête) sont à pointer du doigt dans ces deux cas d'augmentation du nombre (mes interlocuteurs évoquent par ailleurs les écoles espagnoles ou allemandes en fonction de la proximité de leur région). L'évolution démographique visible dans ces métropoles n'est vue que comme une conséquence : pour eux la cause

inférieurs (les pays de formation semblent moins nombreux que pour les kinésithérapeutes) et l'augmentation de l'offre de formation française plus faible, entraînant un accroissement démographique moindre du corps professionnel. Christelle MILLIEN, « En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens.ne.s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger », *DREES*, 1026, 2017.

⁹⁴² Il est à noter que les organisations de professionnels de santé s'inquiètent régulièrement des flux migratoires, que ce soit dans les pays de départs ou d'arrivés, comme le montre l'enquête de Paul et Darlène Clark. Paul CLARK et Darlène CLARK, « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », *Santé publique*, 16-2, 2004, p. 207-224.

⁹⁴³ F. TONNELIER et E. VIGNERON, *Géographie de la santé en France*, op. cit.

de la disparité de répartition territoriale n'est pas (ou peu) la liberté de choix de lieu d'installation mais l'absence de contrôle du nombre des écoles étrangères et des migrants qu'elles génèrent. La problématique de mauvaise répartition est donc perçue du côté des kinésithérapeutes comme plus secondaire. Les représentants syndicaux et ordinaires portent alors des inquiétudes sur la pléthore auprès des administrations.

Des administrations préoccupées par la répartition inégale des professionnels de santé

Du côté des acteurs administratifs, les perceptions de la situation sont différentes et à relier aux territoires propres de chaque entité. Ainsi, concernant la démographie des kinésithérapeutes, deux administrations distinctes sont impliquées. D'un côté la DGOS du ministère de la Santé et de l'autre la CNAM.

Du côté de la DGOS, la mission officielle concerne l'offre de soin au sens large mais dans les faits, l'offre de soin hospitalière est celle qui fait le plus l'objet d'attention : d'une part, une partie des cadres sont issus du corps des directeurs d'hôpitaux, plus familiers de ces structures que de l'exercice libéral. D'autre part, l'exercice libéral est de fait lié aux conventions avec l'Assurance Maladie, ce qui introduit la CNAM comme interlocuteur concurrent. Même si l'exercice salarié est minoritaire chez les kinésithérapeutes, la DGOS reste un interlocuteur important car est l'administration qui délivre formellement les Diplômes d'Etat permettant l'exercice. Elle contrôle ainsi, en amont de la formation, les quotas d'étudiants autorisés dans les IFMK, et certifie, en aval, les titres via ses organes déconcentrés (les directions régionales). Ces certifications d'aval sont des instruments de contrôle du nombre assez faibles : ce sont les équipes pédagogiques des IFMK qui présentent les résultats scolaires des étudiants et les notes permettant ou non de valider le Diplôme d'Etat français. Concernant les diplômés étrangers, si ce sont les agents des directions régionales qui dirigent les Commissions d'Autorisation d'Exercice, ils sont dans les faits très contraints. D'une part les textes européens retranscrits en droit français interdisent tous quotas. D'autre part, ce sont les kinésithérapeutes des commissions qui analysent les curriculum des candidats et maîtrisent l'analyse des connaissances demandées pour l'exercice français. La préoccupation hospitalière et la faible maîtrise du nombre de kinésithérapeutes européens explique le positionnement des acteurs de la DGOS : leur problème est d'abord que les hôpitaux peinent à recruter des kinésithérapeutes. Outre la proximité entre acteurs de la DGOS et directeurs hospitaliers, la persistance de postes vacants permet l'objectivation quantitative d'un manque de kinésithérapeutes salariés. Cela conduit les acteurs de la DGOS à mettre en avant une mauvaise adéquation entre le besoin de kinésithérapeutes (à l'hôpital) et leur activité (en libéral) :

« Aujourd'hui, un kiné, sur l'exécution de la prescription médicale [sous-entendu, sur son travail légitime], on en a vraiment besoin à l'hôpital, en ville c'est déjà un peu plus diffus et puis il y a beaucoup de kinés qui vont faire autre chose, enfin qui sont dans le bien-être tout ça, dans les salles de sport... »

Entretien avec un directeur de département de la DGOS, issu du corps des directeurs d'hôpitaux, 07/12/2018.

Le secteur libéral, quant à lui, fait l'objet d'attention plus précise de la part des agents de la CNAM⁹⁴⁴. Au-delà du rôle de payeur, la CNAMTS profite de sa situation de couverture financière de l'offre de soin libérale pour s'inquiéter de la démographie de ses « fournisseurs de soins »⁹⁴⁵ : la publicisation des thématiques des déserts médicaux⁹⁴⁶ soumet l'Assurance Maladie à des tensions quant à l'égalité de l'accès aux soins et aux disparités de répartition (de médecins au premier chef⁹⁴⁷, mais aussi d'auxiliaires par extension). Mais ces thématiques offrent aussi des fenêtres d'opportunités aux acteurs de la CNAM pour s'affirmer comme les bons garants de l'offre de soin libérale, en s'emparant d'instruments de régulation. Toutefois, la CNAM et le ministère de la Santé ne fonctionnent pas en total indépendance. Une troisième entité administrative, la DSS, joue un rôle d'intermédiaire : la CNAM rend des comptes sur son budget (l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie est voté par le parlement et préparé par la DSS), contraignant ses marges de manœuvre quant à l'organisation des soins libéraux. A l'inverse, la DGOS doit prendre en compte les besoins en libéraux (pour fixer les quotas) et dépend des informations transmises par l'Assurance Maladie.

C'est ce jeu entre institutions qui explique la mise en problème des agents de la CNAM : améliorer la répartition sans grever le budget.

« On va pas refaire le couplet ONDAM budget public et voilà mais... Nous le sujet que l'on a, c'est qu'effectivement par rapport à une évolution relativement dynamique des dépenses de kiné et de la démographie et... Sans rentrer dans la vision purement comptable qui n'est pas notre rôle mais plutôt... C'est effectivement de pouvoir... Notre sujet était le sujet de l'accès aux soins, c'est à dire... il y a le sur-dense mais il y a surtout comment on fait pour mieux répartir et on sait que le seul levier incitatif ne marche pas »

Entretien avec le responsable du département professionnels de santé à la CNAM, formation d'économétrie avant de faire l'intégralité de sa carrière à la CNAM.

Ces déclarations des acteurs sont alimentées par une mise en évidence des disparités territoriales dès la fin des années 2000⁹⁴⁸ par la DREES. Ce dernier service du ministère de la Santé soutient les problématiques exprimées par ces différents segments de l'administration de la santé. Plus qu'une

⁹⁴⁴ En suivant Natacha Gally, des luttes de territoire entre entités administratives, sur le modèle des systèmes professionnels d'Andrew Abbott, sont heuristiques pour comprendre la logique d'extension des préoccupations de la CNAM sur la démographie, en collaboration/concurrence avec la DGOS. Natacha GALLY, « La haute fonction publique entre organisations, professions et patrons: Une sociologie comparée des marchés du travail administratifs », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 49.

⁹⁴⁵ Pour reprendre une expression très économétrique. Pierre-Henri BRECHAT, « Ajuster le financement sur la qualité et les besoins de santé », in *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 141-154.

⁹⁴⁶ Les collectivités locales en zones rurales ou périurbaines ont un rôle particulièrement actif dans la publicisation du « problème des déserts médicaux ». Marina HONTA, « Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2021, p. 69-87.

⁹⁴⁷ Voir par exemple, dans « les tribunes de la santé », l'avis d'un ancien « mandarin hospitalier » passé par le conseil au ministère de l'Enseignement Supérieur et celui de la Santé. Lionel COLLET, « Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques », *Les Tribunes de la santé*, N° 59-1, 2019, p. 47.

⁹⁴⁸ DREES, « Les médecins : démographie et revenus », *Dossiers solidarité et santé*, 1, 1999.

simple mise en image des problèmes, la DREES participe à leur construction : l'objectivation des disparités de répartition territoriale des kinésithérapeutes est permise par le stockage (via l'informatisation), le codage et le traitement des données sur leurs installations libérales. Si un répertoire semble exister de manière ancienne (les premières traces d'ADELI⁹⁴⁹ répertoriant les professionnels de santé libéraux et salariés semblent remonter à 1981), elles semblent devenir plus exhaustives à partir de 1998, quand l'obligation d'inscription pour les professions de santé réglementées se retrouve dans la loi⁹⁵⁰. Le rôle de la DREES, mise en place la même année⁹⁵¹, est ici primordial pour permettre leur traitement. Les agents de la DREES, formés aux statistiques⁹⁵², procèdent alors à un dénombrement des acteurs. Dans un premier temps ce travail est très descriptif. Dans sa publication de 2003 sur la démographie des kinésithérapeutes, Serge Darriné (démographe, formation à l'École Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique), présente prudemment le nombre de kinésithérapeutes en France, les inégalités de répartitions régionales et leurs revenus. Le niveau plus fin de densité par commune n'est abordé que très rapidement « *En moyenne, la France métropolitaine compte 93 kinésithérapeutes en activité pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2002. Cette densité varie dans un rapport de 1 à 2,4 entre les communes rurales, où elle est de 45, et les zones urbaines, où elle atteint 109 en moyenne* »⁹⁵³. Il n'est pas fait mention de « besoins » de santé et le sens à donner à ces chiffres est, de ce fait, laissé à la charge du lecteur.

Un glissement semble s'opérer avec les publications plus récentes. Dans son article de 2018 portant sur la démographie des kinésithérapeutes, Christelle Millien (master en sociologie, quelques travaux de recherche avec une approche quantitative avant d'intégrer la DREES) ne se contente pas d'une position descriptive mais se prononce sur une relation entre démographie et besoins de santé : « *d'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57% soit bien plus que les besoins de*

⁹⁴⁹ ADELI (Automatisation DES LIstes) est progressivement remplacé, pour les métiers à Ordre, par le RPPS (Répertoire Partagé des Professions de santé).

⁹⁵⁰ Arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des professions réglementées par le code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale. A noter que des kinésithérapeutes diplômés avant cette date rapportent des inscriptions dans les DDASS avant les années 1980 (tamponnage du diplôme, sans information sur un quelconque recensement) puis des inscriptions via ADELI après les années 1981-1982. Il n'a pas été possible de retrouver si entre cette date et 1998 les inscriptions étaient réellement obligatoires et quel était le public concerné (uniquement libéraux conventionnés, ou aussi pour les autres modes d'exercice), ainsi que la gestion et l'inscription du « stock » de kinésithérapeutes déjà en exercice. A noter que la DREES elle-même souligne la faiblesse du répertoire ADELI, notamment du côté des désinscriptions. La gratuité de l'inscription ADELI pourrait décourager la désinscription en cas d'arrêt momentané ou définitif. J. ROCHUT, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », art. cit.

⁹⁵¹ Décret du 30 Novembre 1998

⁹⁵² Alain Desrosières documente l'importance croissante de la technicité statistique, qui se double d'une spécialisation propre et d'un éloignement progressif des autres sciences s'intéressant aux groupes humains (économie, sociologie notamment). Alain DESROSIERES, *La politique des grands nombres: histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte/Poche, 2010.

⁹⁵³ S. DARRINE, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », art. cit.

soins »⁹⁵⁴. Les propos prennent alors une dimension normative quant aux besoins en kinésithérapeutes. L'estimation de ceux-ci est pourtant contestable, il s'agit d'un indicateur calculé « à partir du nombre de masseurs-kinésithérapeutes rapporté à la population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation de soins de kinésithérapie »⁹⁵⁵. Dit autrement, les soins constatés (raffinés par tranches d'âge) sont considérés refléter le besoin, et leur progression future est envisagée linéaire (raffinée par les changements dans la pyramide des âges)⁹⁵⁶. C'est alors le rapport entre cette trajectoire chiffrée, assimilant consommation et besoin de soin, et la trajectoire de l'évolution de la population (toutes deux incertaines) qui fondent non plus une fourniture de données, mais une analyse.

La comparaison à 15 ans d'écart de deux publications DREES sur le même objet illustre le glissement de l'information au jugement. Plus que les données elles-mêmes, c'est leur traitement qui évolue durant ce laps de temps. Celui-ci n'est pas neutre malgré l'invisibilisation fréquente⁹⁵⁷ des choix opérés. Les statisticiens de la DREES, qu'Alain Desrosières décrit comme partagés entre posture scientifique et sens de l'Etat⁹⁵⁸, peuvent alors être tentés de traiter les chiffres recueillis sous l'angle de la rationalité budgétaire. C'est ce qui est produit ici, la notion d'adéquation entre l'offre et la demande suggère que le traitement statistique est fait en vue d'optimiser le nombre de kinésithérapeutes plus que de produire de la connaissance sur leur démographie. Il s'agit d'avoir une démographie efficace, pointant les actes (et les dépenses) inutiles. Cet utilitarisme présidant au jugement statistique transparait aussi dans les pistes suivies et ignorées dans le traitement des données. Ici la statisticienne ne justifie pas de son choix de traiter la demande de soin comme une variable à évolution linéaire ou son choix de se concentrer uniquement sur le déterminant « âge des populations » pour justifier les éventuelles variations de la demande de kinésithérapie⁹⁵⁹. Le sens de l'Etat justifie des entorses à la validité scientifique : toutes les pistes ne sont pas explorées car il faut fournir des éléments pour gouverner. C'est en cela que la légitimité de la DREES est une ressource indéniable des administrations vis-à-vis de la corporation des

⁹⁵⁴ C. MILLIEN, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », art. cit.

⁹⁵⁵ *Ibid.*

⁹⁵⁶ Dans une publication contemporaine et appliquant le même procédé aux infirmières, le constat de croissance démographique similaire entraîne une conclusion normative différente : la démographie infirmière suivra le besoin de soin. Christelle MILLIEN, « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *DREES*, 1062, 2018, p. 6. La différence tient en un ratio mathématique entre consommation (constatée) de soins entre sujets âgés et jeunes. Alors que, dans le cas infirmier, les plus de 75 ans « consomment » 27 fois plus de soins infirmiers que les moins de 65 ans, dans le cas kinésithérapique les plus de 75 ans ne « consomment » « que » 5 fois plus de soins kinésithérapiques que les autres. Autrement dit la hausse des plus de 75 ans n'a pas les mêmes répercussions sur ce jugement de « besoins de soins ».

⁹⁵⁷ Ils peuvent être rendus visibles à l'occasion des controverses. A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner*, op. cit., p. 49.

⁹⁵⁸ *Ibid.*, p. 55.

⁹⁵⁹ La nature même de la statistique où le nombre d'inconnus doit être limité pour permettre l'analyse et où les critères numériques sont plus facilement manipulables que les données qualitatives (nature et contenu du travail) fait certainement parti de l'explication.

kinésithérapeutes : ces publications s'imposent via la légitimité scientifique reconnue à l'institution⁹⁶⁰ (et la difficulté pour la corporation de kinésithérapeutes de produire de tels traitements statistiques) tout en ayant un fondement utilitariste orientant l'analyse des données vers la production d'éléments de gouvernance :

« On a signé un avenant [à la convention des kinésithérapeutes] il n'y a pas très, très, longtemps [...] avec justement tout un volet sur les politiques de meilleure répartition sur le territoire. Donc à la fois incitatives d'un côté et régulatrices de l'autre [...] selon un zonage qui est réalisé pour savoir quelles sont les zones considérées comme sous-denses ou sur-denses. Fait par le zonage de la DREES du ministère de la Santé. Donc on s'appuie là-dessus et ensuite, nous, dans ce cadre-là on va... Discuter et aboutir. Et on aboutit à un accord sur à la fois des modalités d'incitation dans les zones... On va dire « sous-denses » et on va dire « de régulation » dans les zones sur-denses. »

Entretien avec le responsable du département professionnels de santé à la CNAMTS, formation d'économétrie avant de faire l'intégralité de sa carrière la CNAM.

La publication de la DREES illustre un état de fait contemporain sur ces dénombrements : ils ne sont pas seulement là pour décrire la réalité, mais pour la corriger. La DREES ne fournit ainsi plus seulement des données aux autres directions du ministère de la Santé, mais des analyses.

Si ce dévoilement spécifique de la démographie des kinésithérapeutes est permis par les outils « scientifiques » (démographie, mesures comptables, traitement informatique), il est effectué en réponse à une préoccupation administrative. La démographie des kinésithérapeutes s'inscrit alors plus largement dans la mise à l'agenda des déserts médicaux, via une publicisation progressive dans les grands médias : Marc Olivier Déplaudé souligne ainsi la médiatisation des déserts médicaux via des branches de la profession médicale mais aussi via les élus des territoires ruraux⁹⁶¹. Au bout du compte, les acteurs administratifs sont concernés par une problématique de répartition fine en lieu et place d'un nombre global⁹⁶². C'est ce qui explique qu'au-delà d'une pléthore de kinésithérapeutes, les administrations s'inquiètent de leur répartition. C'est là encore la DREES qui fournit les analyses alimentant cette problématique via la mise en évidence de disparités territoriales : *« les masseurs kinésithérapeutes sont moins présents dans les départements ruraux et dans les départements où la densité de médecins est faible »*⁹⁶³. La coexistence d'un risque de pléthore, selon les projections DREES ou les échanges avec les syndicats professionnels inquiets des flux européens, et d'une problématique médiatique de « déserts médicaux » laisse alors apparaître le problème démographique comme un problème de répartition territoriale pour les agents de l'administration.

⁹⁶⁰ La DREES alimente sa légitimité scientifique par des appels à projets dépassant le domaine statistique, finançant par exemple des recherches proprement sociologiques. Les publications « Etudes et Résultats » mobilisées par les acteurs administratifs du ministère de la Santé et de la CNAM restent cependant, jusqu'à présent, basées sur des interprétations statistiques.

⁹⁶¹ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit ; M. HONTA, « Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural », art. cit.

⁹⁶² Tout laisse à penser que l'expérience des régulations globales via le numérisé clausus à la formation a ici laissé des traces. Les régulations globales sont pensées comme des échecs responsables d'une pénurie moderne, d'autres pistes de régulation sont alors recherchées.

⁹⁶³ J. ROCHUT, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », art. cit.

Crainte de la pléthore et mise à jour d'une inégale répartition se rejoignent dans un cadre financier contraint

Ce climat général de crainte sur la démographie des personnels de santé rejoint par ailleurs les questions de financement du système de santé⁹⁶⁴. C'est là une thématique particulièrement portée par les agents de la DSS : ces acteurs, fortement influencés par les indications en provenance de Bercy⁹⁶⁵, sont prompts à rappeler l'existence de ce cadre :

« A la DSS, on a quand même cette double casquette à la fois santé mais à la fois budgétaire. C'est nous qui avons à la fois le poids financier et on le ressent, qu'on a un impact vraiment. Quand les directions, l'ensemble des directions du ministère portent des projets il faut toujours qu'elles nous le présentent et que nous on suive... On a un rôle d'arbitrage qui est intéressant et qui diffère des autres directions [...] Donc nous on suit l'ensemble de l'évolution du projet parce qu'on sait qu'à terme il va y avoir un impact financier et c'est nous... On gère l'ONDAM... Et du coup faut qu'on balise le projet pour que ça rentre bien dans les clous de l'ONDAM. »
Entretien avec la chargée de mission DSS responsable de la nomenclature des actes remboursés (définition et tarification) par l'Assurance Maladie. Fraichement sortie d'IEP de province, 07/02/19.

Or cet élément financier n'est pas seulement brandi par les acteurs de la DSS sous le sceau du respect global d'un budget, mais aussi sous une forme plus raffinée de fléchage des financements :

« On veut remettre à plat l'ensemble des nomenclatures avec une volonté de distinguer beaucoup plus la hiérarchisation des actes [quels actes sont médicalement importants], de la tarification [quels actes on finance] : parce que tout ça est assez entremêlé et finalement pas très neutre et on voudrait que ça soit des acteurs différents qui interviennent dans le processus très médical où on hiérarchise de manière neutre [les médecins conservent un rôle dans le processus en indiquant les priorités de soin] et après comment on tarifie [une fois les informations reçues des médecins, les acteurs administratifs choisissent les fonds alloués]. Par exemple on met les enveloppes à plat, les enveloppes financières. »
Entretien avec la chargée de mission DSS, 07/02/19.

Si le travail de cette enquête (portant sur les nomenclatures) la porte sans doute à appuyer sur l'importance du projet de raffinement des financements, ces déclarations reprennent les perspectives dessinées par le « rapport Aubert » de 2019⁹⁶⁶, à savoir s'assurer de la « pertinence » et de la « qualité » de ce qui est financé : « Le système de financement actuel ne permet pas d'éviter le financement d'actes non pertinents [...] L'objectif est de cibler des régions pour lesquelles les taux de recours à certains gestes ou spécialités s'écartent significativement de la moyenne nationale ». Jean Marc Aubert fait ici figure d'entrepreneur de changement notable. Il est polytechnicien, passé par l'ENSAE (Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique), avant de travailler au ministère des Finances et

⁹⁶⁴ COURS DES COMPTES, *L'avenir de l'assurance maladie, op. cit.*

⁹⁶⁵ F. PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », art. cit.

⁹⁶⁶ Jean-Marc AUBERT, *Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation. Rapport final*, Paris, DREES, 2019.

dans le cabinet du ministre de la Santé Xavier Bertrand. Il passe ensuite par la CNAM, où il contribue à introduire les outils de paiement à la performance avant de prendre la direction de la DREES au ministère de la Santé. C'est en parallèle de ce dernier poste qu'il signe le « rapport Aubert » qui est régulièrement brandi comme ligne de conduite par mes interlocuteurs de la DSS ou de la CNAM pour lutter contre les disparités territoriales par la rationalisation. La position de Jean Marc Aubert comme directeur de la DREES explique en partie la résonance de son rapport avec les évolutions dans l'appréhension de la démographie des personnels par la DREES : dénombrer de façon comptable⁹⁶⁷ les actes et les personnes pour une meilleure gestion. A l'image de la question de la répartition des professionnels (en tension entre désertification et pléthore), la question financière se présente alors comme une question de rationalisation. Plus qu'un affichage de contrôle direct du total, il s'agit dans cette perspective d'homogénéiser l'existant. Autrement dit, la politique de rationalisation se traduit par un idéal de convergence vers la moyenne. Ce passage d'un problème budgétaire concernant le tout, le nombre de soignants entrant sur le marché du travail, à un problème budgétaire sur ses composantes, la répartition de ces derniers, est soutenu ici par les instruments de la DREES et promu par son directeur Jean Marc Aubert⁹⁶⁸.

La crainte de la pléthore des kinésithérapeutes arrive auprès des acteurs administratifs dans un climat de pénuries sectorielles ou locales dans un cadre budgétaire contraint. Or ces localisations des personnels et des financements sont de plus en plus saisies comptablement à un niveau très fin par les administrations, qui relèvent alors des écarts à la moyenne, possiblement médiatisés. Les acteurs font alors des propositions en fonction de leur lecture et leurs intérêts.

b) Le dénombrement, de la mise en lumière à l'élaboration de solutions

Les inquiétudes des kinésithérapeutes quant aux migrations européennes sont peu prises en compte, à l'inverse du sujet mis en avant par les administrations de tutelle : les écarts de densité de kinésithérapeutes sur le territoire. C'est donc ce sujet qui va être traité par les acteurs afin de proposer des améliorations. La mesure comptable mettant à jour ces inégalités sera alors mobilisée dans l'élaboration des solutions.

⁹⁶⁷ Ici le « dénombrement » est l'opération consistant à partir d'un tout connu et d'éclairer son éclatement en de multiples entités. Il s'oppose à la « mesure » où le processus part de la prise en compte des parties pour saisir le tout. Sans y être réductible, le dénombrement gagne à l'essor récent des outils comptables informatisés, tandis que la mesure pouvait être inférentielle (utilisant la science statistique). F. BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent, op. cit.*

⁹⁶⁸ Depuis 2020 ce dernier a quitté la DREES pour la direction de la filiale française d'une multinationale américaine, « IQVIA ». Son activité est résumée par son slogan « The human data science company ». Elle s'appuie sur la constitution de bases de données en santé pour proposer du conseil aux acteurs de santé (recherche pharmaceutique, stratégie d'accès aux marchés de santé...). Cette entreprise a été médiatisée en mai 2021 par un reportage télévisé, « cash investigation », soulignant son rapport étroit avec les pharmacies françaises et la récolte de données de santé en résultant.

Le problème des migrations européennes n'est pas traité

La problématique d'arrivées de kinésithérapeutes formés hors des frontières n'est que peu publicisée hors du groupe professionnel⁹⁶⁹. Cette corporation ne semble pas suffisamment importante pour médiatiser sa situation de façon autonome : les médecins (les dominants du champ médical) ou les infirmières (les personnels de santé les plus nombreux) ne sont que peu concernés par les migrations européennes⁹⁷⁰. Le phénomène touchant un groupe professionnel dominé du champ médical se trouve alors réduit à une situation anecdotique. Face à cette invisibilité médiatique ou politique, les administrations appliquent aux kinésithérapeutes les mêmes raisonnements qu'aux autres professions de santé conventionnées : répartition territoriale plutôt que contrôle du nombre global. L'origine française ou non du diplôme a alors peu d'importance et n'entre pas en ligne de compte dans l'édiction de mesures correctrices dans le cadre conventionnel, ainsi que le confirme un responsable de la CNAM :

« Sur le sujet par exemple des flux... De nouveaux professionnels en particulier kinés des autres pays... Nous on a une réflexion plutôt en termes d'accès aux soins, une répartition globalement de l'offre de MK [kinésithérapeutes] en France. Sans aller véritablement sur... Le... Sujet qui est de la provenance ou en tout cas l'origine du diplôme ou les conditions de formation, ça c'est pas dans le cadre conventionnel que... Qu'on cadre ce genre de sujet. »

Entretien avec le responsable du département professionnels de santé à la CNAM, formation d'économétrie, 07/02/2019.

Si les interlocuteurs de la CNAM soulignent leur absence de rôle régulateur quant à l'origine des diplômes, les agents du ministère de la Santé ne sont pas plus disposés à répondre aux problématiques des kinésithérapeutes :

« On travaille dans le champ européen finalement, sur les qualifications professionnelles [...] et il a fallu s'adapter à toutes ces règles [...] il a fallu organiser la manière de travailler par rapport à ça. Après, tout ça est lié au fait qu'en France c'est sélectif, il y a des quotas donc... Il y en a qui vont se former dans d'autres pays de l'Union donc c'est... C'est le phénomène que déplore l'Ordre et aujourd'hui la manière de traiter ça je crois que [la présidente du CNOMK] a compris et puis elle est maintenant à la tête je crois d'une structure européenne où elle peut peut-être faire avancer les choses »

Entretien avec le chef de bureau RH2 à la DGOS du ministère de la Santé, issu du corps des directeurs d'hôpitaux, entretien du 07/12/2018.

⁹⁶⁹ Quelques articles de la revue « l'étudiant » citent les formations européennes comme des possibilités d'accéder au métier de kinésithérapeute, mais sans évoquer les conséquences démographiques.

⁹⁷⁰ C'est-à-dire que ces migrations représentent des flux quantitativement faibles (A. COUFFINHAL, « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », art. cit.). Cela n'empêche pas ces flux d'avoir des conséquences sociales et des implications politiques, notamment sur le sort de ces personnels (S. AMARAL et A. P. MARQUES, « Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente », art. cit ; Christelle Fifaten HOUNSOU, « En quête du métier de médecin: Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », *Hommes & migrations*, 1307, 2014, p. 105-114 ; R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », art. cit ; Francesca BETTIO, Annamaria SIMONAZZI et Paola VILLA, « Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean », *Journal of European Social Policy*, 16-3, 2006, p. 271-285.)

Face à l'interpellation des kinésithérapeutes, les flux européens sont vus comme difficilement réglables par les acteurs de la DGOS : les organisations professionnelles n'ont qu'à s'organiser à l'échelle européenne pour régler leurs propres problématiques. Dans le même temps, toutefois, ces phénomènes migratoires fournissent à d'autres segments administratifs une entrée intéressante pour faire avancer la problématique de meilleure répartition territoriale :

« On peut pas réguler les flux européens, enfin c'est pas à la dimension nationale forcément on s'intéresse sur le national, sur les quotas de formation mis en place. [...] Surtout le problème c'est que ça augmente mais du coup ils ont une stagnation de leur revenu par tête, ils sont pas forcément gagnants les masseurs kinés aussi de cette très forte augmentation. Donc il y a quand même un certain nombre de paramètres qui font que... Mais même eux le reconnaissent a minima car dans l'avenant 5 [régulant l'installation conventionnée selon des zones] on est arrivé à mettre en place quand même un dispositif de régulation, la règle du 1 pour 1, on ne s'installe que si un part. Dans les zones surdenses. Donc c'est les problématiques de la profession »

Entretien avec la chargée de mission concernant les kinésithérapeutes, DSS, jeune diplômée d'IEP de province, 07/02/2019.

La régulation des flux européens demandée par les représentants de kinésithérapeutes ne fait donc pas partie des options envisagées par les différents corps de l'administration. Cette demande sert cependant à favoriser la coopération des représentants professionnels dans l'adoption de mesures de rationalisation de la répartition territoriale : puisque la crainte d'une pléthore existe, il est légitime d'envisager une limitation du nombre.

Compter les kinésithérapeutes : éclairer le problème, mais aussi commencer à le résoudre

La problématique légale est invoquée pour s'opposer à une régulation en fonction de l'origine de diplôme. Les acteurs rencontrés au ministère de la Santé insistent ainsi sur l'aspect nécessairement « loyal » de la retranscription des directives européenne. Une autre régulation est, par contre, permise par le cadre européen, la régulation de la répartition des kinésithérapeutes sur le territoire. Cela soulève alors un autre problème, appréhendé comme technique : comme évaluer et modifier une répartition territoriale. Dans les publications de la DREES, la logique est celle de la mesure⁹⁷¹ : compter les kinésithérapeutes pour éclairer le comportement du groupe et la politique à suivre en matière démographique (les informations sur la périphérie sont centralisées). Mais, à cette mesure, peut se

⁹⁷¹ La « mesure » est ici employée selon l'approche de Fabrice Bardet (agrégation des données pour lire le tout à partir des parties) et est distinguée du « dénombrement » (désagrégation des données permettant dans un tout de distinguer les parties). A noter qu'Alain Desrosières mobilise aussi le terme de « mesure » dans un objectif de distinction de la « quantification ». La « mesure » se rapproche de l'idéal des sciences de la nature de mise en lumière d'un phénomène préexistant sous une forme mesurable, tandis que la « quantification » met en avant l'aspect construit du phénomène rendu visible sous forme numérique. Si « quantification » semble donc adapté à l'indice APL dont il va être question, ce terme ne sera utilisé que dans son sens plus général et le terme de « mesure » reste le terme utilisé ici pour bien faire la distinction et analyser ici l'aller-retour entre mesure (théorie globale sur leur démographie) et dénombrement (régulation locale de l'installation des kinésithérapeutes). F. BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, op. cit ; A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner*, op. cit, p. 38.

greffer une étape de correction faisant appel à la logique de dénombrement : être capable, au besoin, de fournir des informations sur l'offre et la « demande » de soins pour chaque territoire (le centre renvoie à la périphérie des informations permettant une gouvernance). C'est ce qui est fait avec la mise en place de l'indicateur APL : « *L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.* »⁹⁷². D'abord pensé pour les médecins⁹⁷³, il est ensuite étendu aux autres métiers conventionnés de santé. Dans le même temps, il passe d'un objectif purement descriptif à un objectif nettement plus performatif : « *L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012 (Barlet et al. 2012) à des fins d'étude, puis adapté dans le cadre des négociations conventionnelles récentes entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux pour une application opérationnelle* »⁹⁷⁴. Si Fabrice Bardet insiste avec justesse sur la différence de logique entre mesure et dénombrement, il existe une porosité entre les deux, liée à leur origine comptable : une fois qu'on a comptabilisé et localisé les kinésithérapeutes, les possesseurs de ces informations peuvent aller des parties au tout ou inversement du tout aux parties. Il est possible de passer alors du constat à l'action.

L'APL est un outil administratif légitimé par ses bases scientifiques. Ainsi les premières publications de la DREES concernant l'APL sont communes avec l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)⁹⁷⁵. L'APL est présenté comme un outil de connaissance, permettant de mesurer l'offre (via « le niveau d'activité des médecins ») et la demande (via « le taux de recours différencié par âge »). Sa validité scientifique est assurée par la convocation de géographes universitaires anglo-saxons⁹⁷⁶ qui ont en commun de promouvoir des indicateurs et des méthodes de mesure des offres de

⁹⁷² Lignes introductives au jeu de données permettant la construction de l'indicateur APL, visible sur le site de la DREES (au 23/07/2021) : https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

⁹⁷³ « *En France, bien que la densité médicale soit l'une des plus élevées d'Europe, l'accessibilité aux soins est aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé, du fait du rôle important accordé au médecin généraliste, de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances démographiques à la baisse du nombre de médecins sur le court terme ainsi que des fortes attentes d'une population vieillissante aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite* » Muriel BARLET, Magali COLDEFY, Clémentine COLLIN et Véronique LUCAS-GABRIELLI, « *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France* », *IRDES, document de travail*, 51, 2012, p. 56.

⁹⁷⁴ Blandine LEGENDRE, Clémence ABERKI, Hélène CHAPUT et Gaëlle GATEAUD, « *Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités* », *DREES*, 1100, 2019, p. 6.

⁹⁷⁵ Une version réduite existe via les « études et résultats » de la DREES : Barlet (M.), Coldefy (M.), Collin (C.), Lucas-Gabrielli (V.), « *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux* », *DREES Etudes et résultats*, (795), 2012 ;

Il existe aussi une version plus longue et détaillée dans les documents de travail IRDES : Barlet (M.), Coldefy (M.), Collin (C.), Lucas-Gabrielli (V.), « *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France* », *art. cit.*

⁹⁷⁶ John RADKE et Lan MU, « *Spatial Decompositions, Modeling and Mapping Service Regions to Predict Access to Social Programs* », *Annals of GIS*, 6-2, 2000, p. 105-112 ; Wei LUO et Yi QI, « *An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians* », *Health &*

soin. Ces approches quantitativistes sont importées en France via Andrée et Arié Mizrahi⁹⁷⁷, deux chercheurs en économie de la santé, dirigeant l'IRDES lors de sa création en 1985, et tournés vers l'approche économétrique. L'APL prétend ainsi faire tenir ensemble une mesure du nombre de travailleurs de santé, une évaluation des distances de ces travailleurs aux différentes populations par « pseudo-cantons » et l'âge des populations soignées. Cette agrégation hétéroclite est en réalité un atout de l'APL. Il affiche ainsi une complexité qui le rend difficilement déconstructible ou discutable par les groupes professionnels, selon la logique de la « boîte noire ». Les kinésithérapeutes tentent bien de fournir des analyses propres⁹⁷⁸ mais, malgré un accès aux bases de données sur les kinésithérapeutes (le répertoire actuel s'appuie sur les inscriptions au tableau de l'Ordre), leurs analyses restent plus grossières, prenant en compte des densités de kinésithérapeutes à des échelles régionales ou départementales. Construit par des statisticiens, géographes ou économétristes de la DREES et de l'IRDES, l'APL s'impose comme bien plus précis et multidimensionnel. Fort de cette légitimité « scientifique », l'APL est mesuré à partir de 2012 pour les médecins, avec des conclusions d'abord prudentes, « *au final, l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux des communes rurales de la périphérie des moyens ou petits pôles est celle qui apparaît la plus faible* »⁹⁷⁹, à relier à la nouveauté de l'instrument. En l'absence de controverse⁹⁸⁰, son utilisation s'installe dans le temps et est étendue aux autres métiers de la santé. C'est la comparaison rendue possible par les mesures successives⁹⁸¹ qui permet de passer d'une proposition prudente de disparités entre « offre » et « demande » à l'étude des variations, synonymes de changements à appuyer ou limiter : « *L'étude des évolutions sur la période 2012-2015 montre que la part de population sous le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant a légèrement augmenté* »⁹⁸².

Si l'APL peut mesurer la bonne correspondance entre offre de soin et demande de soin et qu'il est suffisamment stable pour perdurer dans le temps et noter les évolutions, il devient incontournable dans l'élaboration des solutions. Sa propriété de mesure comptable peut ainsi être inversée pour permettre le

Place, 15-4, 2009, p. 1100-1107 ; Wei LUO et Fahui WANG, « Measures of Spatial Accessibility to Health Care in a GIS Environment: Synthesis and a Case Study in the Chicago Region », *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30-6, 2003, p. 865-884.

⁹⁷⁷ Andrée MIZRAHI et Arié MIZRAHI, « La densité répartie : un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins », *Villes en parallèle*, 44-1, 2010, p. 94-113.

⁹⁷⁸ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit ; CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

⁹⁷⁹ M. BARLET, M. COLDEFY, C. COLLIN et V. LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », art. cit, p. 8.

⁹⁸⁰ Pour expliquer cette absence (initiale) de controverse, peuvent être citées la prudence des premières publications, la relative complexité de l'instrument (mobilisant des modèles mathématiques via l'informatique, selon une logique économétrique appliquée à un problème géographique), la mainmise sur les données des promoteurs de l'APL et l'absence d'outils alternatifs.

⁹⁸¹ Le constat rejoint Alain Desrosières : « *dès lors que l'objet et sa mesure régulière sont routinisés, l'ensemble constitue un indicateur social, et c'est sa variation qui donne lieu à une interprétation, une action, ou un argument dans un débat social* » A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner*, op. cit, p. 130.

⁹⁸² Noémie VERGIER, Hélène CHAPUT et Ingrid LEFEBVRE-HOANG, « Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? », *Les dossiers de la DREES*, 17, 2017, p. 63.

dénombrement : au lieu d'informer les dirigeants sur l'état des prestations sanitaires, il peut tout aussi bien dénombrer en tout lieu la bonne adéquation du nombre de travailleurs et du besoin. Ce procédé ne permet pas seulement de contrôler les mesures correctives, il s'impose comme support pour ces dernières : cette quantification par dénombrement prétend à une précision qui ne saurait être concurrencée. Il y a donc un glissement, consubstantiel à la statistique⁹⁸³, entre description et prescription. Les négociations conventionnelles avec les kinésithérapeutes auront pour objet d'améliorer les indices APL.

L'APL promu par l'administration permet de saisir la structure démographique globale des groupes professionnels, comme de chiffrer chaque situation locale. Cette technicisation tend à dissimuler et minorer une phase de choix d'interprétation du tableau chiffré⁹⁸⁴, qui pourtant existe. Ainsi l'indice APL montre que « *la répartition des masseurs-kinésithérapeutes se rapproche de celle des médecins généralistes* »⁹⁸⁵ (densité plus élevée dans les aires urbaines et les régions littorales), avec une différenciation de la médecine spécialisée : les kinésithérapeutes avaient, en 2017, des indices d'APL d'un rapport interdécile de 3,7 (rapport entre les APL des 10% de la population les plus dotés et des 10% les moins dotés⁹⁸⁶). Pour les infirmières ce rapport était de 4, pour les médecins généralistes il était de 3 alors qu'il variait entre 6 et 19 pour les médecins spécialistes⁹⁸⁷. Ces indices montrent alors des inégalités proches entre groupes professionnels (à l'exception de la médecine spécialisée, à l'accessibilité d'autant plus questionnable que se surajoute la question des dépassements d'honoraires⁹⁸⁸). Si l'indicateur en lui-même signale des hétérogénéités et des évolutions (et non pas

⁹⁸³ A. DESROSIERES, *La politique des grands nombres*, op. cit, p. 15.

⁹⁸⁴ Alain Supiot dresse un historique de la progression de la description de la réalité par le chiffre. Le « tableau chiffré » qu'il utilise renvoie bien la notion d'observation directe du réel que ces chiffres prétendent fournir. Alain SUPIOT et Saskia BROWN, *Governance by numbers: the making of a legal model of allegiance*, Oxford ; Portland, Oregon, Hart Publishing, 2017.

⁹⁸⁵ B. LEGENDRE, C. ABERKI, H. CHAPUT et G. GATEAUD, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », art. cit.

⁹⁸⁶ Autrement dit, plus le rapport interdécile est bas, plus la répartition du groupe professionnel est homogène sur le territoire (au « grain » de 10%) et plus il est élevé, plus la situation est contrastée.

⁹⁸⁷ Blandine LEGENDRE, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », *DREES*, 1144, 2020, p. 6 ; B. LEGENDRE, C. ABERKI, H. CHAPUT et G. GATEAUD, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », art. cit.

⁹⁸⁸ La DREES pointe pourtant cette limite tarifaire à l'activité (Noémie VERGIER, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *DREES Etudes et résultats*, 970, 2016, p. 6.) mais peine à l'introduire dans l'APL (M. BARLET, M. COLDEFY, C. COLLIN et V. LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », art. cit.). Les données utilisées sont celles de l'Assurance Maladie, qui permettent bien d'identifier secteur 1 (sans dépassement) et secteur 2 (avec dépassement d'honoraires), mais la quantification trouve ses limites devant les nuances dans les dépassements (systématiques ou non, modérés ou élevés) ainsi que dans la pondération de ceux-ci dans les calculs. De ce fait les indices d'APL sont présentés par défaut selon des quantifications de l'offre en secteur 1 (sans dépassements d'honoraires), avec, parfois, un indice APL alternatif présenté pour les spécialités les plus concernées par le secteur 2. Il est à noter que les dépassements « invisibles » ne sont alors pas pris en compte : les témoignages indigènes rapportent des dépassements d'honoraires très répandus de la part des kinésithérapeutes parisiens, sans que le secteur 2 n'existe pour ces paramédicaux. De ce fait les dépassements sont considérés comme inexistantes et les kinésithérapeutes tous de même accessibilité.

l'excès ou le manque), les producteurs de ces chiffres sont considérés comme légitimes pour les interpréter et leur donner cette dimension normative. Face à ces chiffres et cartographies présentant des similitudes entre les groupes professionnels, la pléthore⁹⁸⁹ sera retenue pour les zones les plus densément fournies en kinésithérapeutes⁹⁹⁰ alors que les zones les plus densément fournies en médecins sont pudiquement nommées « *territoires suffisamment dotés pour ne plus être éligibles aux aides de l'État ou de l'Assurance maladie* »⁹⁹¹.

Cette différence entre groupes professionnels est partiellement due à d'autres quantifications effectuées par la DREES : la mesure du « besoin de soin ». Pour les kinésithérapeutes, celle-ci prend la forme de projections linéaires de consommations de soins kinésithérapiques constatées (au jour de l'analyse) et d'augmentation démographique constatée (des professionnels et de la population)⁹⁹². Le besoin légitime de kinésithérapie a donc pour base un nombre d'actes techniques enregistrés (via la CPAM) par rapport à une population (raffinée par tranches d'âges). A partir de ce constat, la projection dans le temps est postulée constante (nombres d'actes légitimes identiques, et croissance constante de la population et du nombre de kinésithérapeutes)⁹⁹³. A l'inverse, pour les médecins, la projection de la population (et de son évolution en âge) est comparée à la projection de l'augmentation du nombre de professionnels (hypothèse de la constance du taux de croissance des effectifs). Cette comparaison propose une baisse à venir de densité médicale⁹⁹⁴. Il est notable, que pour les kinésithérapeutes le « besoin » porte sur un nombre d'actes techniques, tandis que le « besoin » médical porte sur le nombre de praticiens : : « *Estimer finement la demande de soins [médicaux] est délicat et assez peu réaliste à long terme en raison de l'ampleur des incertitudes sur l'évolution des pathologies et des modalités de leur prise en*

⁹⁸⁹ Le terme « pléthore », que je mobilise en référence à Marc-Olivier Déplaud, n'est pas celui retenu par la DREES qui mobilise un vocabulaire plus prudent et technique : « *pour que la densité de masseurs-kinésithérapeutes se stabilise, il suffirait que les effectifs augmentent de 16 % entre 2016 et 2040, alors que la hausse prévue dans le cadre du scénario tendanciel est de 57 %.* » C. MILLIEN, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », art. cit.

⁹⁹⁰ L'analyste de la DREES note cette limite dans sa présentation méthodologique « *L'hypothèse sous-jacente est que les besoins de soins en kinésithérapie à âge donné resteront constants dans le temps, ce que remettraient en cause une hausse de l'espérance de vie en bonne santé ou l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge* », sans que cela ne modifie sa conclusion. *Ibid.*

⁹⁹¹ B. LEGENDRE, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », art. cit.

⁹⁹² C. MILLIEN, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », art. cit.

⁹⁹³ *Ibid.*

⁹⁹⁴ Marion BACHELET et Marie ANGUIS, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *DREES Etudes et résultats*, 1011, 2017 ; Marie ANGUIS, Maxime BERGEAT, Jacques PISARIK, Noémie VERGIER, Hélène CHAPUT, Quentin LAFFETER, Blandine LEGENDRE, Christophe DIXTE et Muriel BARLET, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les dossiers de la DREES*, 76, 2021, p. 74.

charge »⁹⁹⁵. En d'autres termes, le travail des médecins est jugé trop complexe et incertain pour être analysé, ce qui n'est pas le cas de celui des kinésithérapeutes.

Pour discutables qu'elles soient (hypothèses de constances, poids majoré des variables numériques -âge de la population plutôt qu'interrogation sur le contenu du travail-), ces analyses du besoin proposent alors des lectures différentes des hétérogénéités pointées par l'APL. Pour les médecins, l'inquiétude porte moins sur les zones surdenses (puisque la primeur donnée à la constance⁹⁹⁶ propose que les densités médicales s'affaiblissent aussi dans ces zones), que sur les zones à APL déjà les plus bas. A l'inverse, les kinésithérapeutes sont pensés comme devenant trop nombreux pour le nombre d'actes techniques qu'ils ont à réaliser, les zones les plus denses de l'APL sont donc réputées sur-dotées.

Cette analyse des chiffres entraîne un argumentaire différent selon les professions de la part des acteurs administratifs, qui, tous⁹⁹⁷, mobilisent les publications DREES pour répondre à mes questions sur la démographie, comme le montre cet extrait d'entretien avec un fonctionnaire du ministère de la Santé :

« Il y a une problématique différente évidemment [entre kinésithérapeutes et médecins], le besoin [...] c'est essentiellement une régulation enfin... Selon les projections de la DREES on voit bien qu'il va y avoir une offre supérieure à la demande en fait [pour les kinésithérapeutes] si on peut l'exprimer comme ça, ce qui n'est pas du tout le cas pour les médecins. C'est plutôt l'inverse on est plutôt en... Dans une sous-offre, qu'une sous-demande. Il me semble que c'est vraiment des problématiques complètement différentes en termes d'accès aux soins entre l'accès aux soins des médicaux et des paramédicaux »

Entretien avec un adjoint au chef de bureau des relations avec les professionnels de santé de la DSS, formation en IEP puis IRA⁹⁹⁸ de province, le 07/02/2019

Ainsi, l'élaboration d'une comptabilité utilitariste par la DREES impose les mesures correctives à apporter. Les choix dans la construction des indicateurs permettent ainsi de promouvoir des solutions qui passent par ces instruments : si le nombre de kinésithérapeute et son évolution par territoire a pu être mesuré, le mécanisme peut être inversé et permettre un dénombrement comptable⁹⁹⁹ correctif. L'objectif décidé au niveau central peut s'appliquer à la périphérie, en imposant des restrictions d'installation sélectives, en fonction des densités constatées et souhaitées.

⁹⁹⁵ M. BACHELET et M. ANGUIS, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », art. cit.

⁹⁹⁶ La statistique majore les hypothèses de constance par son fonctionnement même. Le phénomène de simplification du réel inhérent à la mise en chiffre pousse à ne se préoccuper que d'un certain nombre d'hypothèses mesurables.

⁹⁹⁷ En l'occurrence les acteurs que j'ai pu rencontrer à la DSS, au bureau RH2 de la DGOS et à la CNAMTS.

⁹⁹⁸ Les IEP sont les instituts d'Études Politiques et les IRA les instituts Régionaux d'Administration.

⁹⁹⁹ Pour Fabrice Bardet, la statistique (souvent liée à un dénombrement initial, suivi d'un traitement de « *second ordre* » souvent probabiliste) permet une vision « *d'en haut* » du phénomène étudié. Elle a pour but de percevoir un « *tout* ». A l'inverse, la comptabilité, plus que sa sommation et sa vision synthétique, permet « *la désagrégation des postes de dépense dont la somme globale est, par ailleurs, souvent connue* ». En cela « *les comptes de la contre-révolution comptable doivent permettre à chacun de se gouverner ou d'être gouvernable* ». C'est en cela que j'évoque un dénombrement comptable correctif pour les kinésithérapeutes. Il ne s'agit plus d'évaluer une situation mais de gouverner en imposant à chacun un changement, selon sa zone. F. BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, op. cit., p. 64-67.

Les lectures des quantifications administratives peuvent varier selon les corporations

Si la construction même des analyses DREES sur les répartitions des professionnels de santé montrent une porosité à la position écologique des travailleurs (travail complexe peu quantifiable versus travail technique qu'il est possible d'encadrer), leur lecture par les acteurs administratifs ajoute une seconde différenciation dans le traitement des groupes professionnels.

Ainsi, suivant des critères similaires à ceux appliqués à la kinésithérapie (évolution des populations par tranche d'âge et actes de soins constatés), les statisticiens de la DREES proposent que la démographie infirmière correspondra à la demande : « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins »¹⁰⁰⁰. Pourtant malgré ce constat, la lecture des indicateurs APL infirmiers a été très différente de la lecture faite pour les APL des médecins. Alors que dans les deux cas ces « besoins » de soins semblent légitimes selon la DREES, pour les infirmières les densités dans les zones les mieux fournies ont été jugées illégitimes. De ce fait, et à l'inverse des médecins, des restrictions d'installation dans les zones « surdotées » ont été mises en place. Pour les infirmières libérales, ce zonage a même été instauré dès 2008, donc avant même la mise en place de l'indicateur APL¹⁰⁰¹. Il n'a, depuis, qu'été étendu pour toucher, depuis l'avenant 6 de 2019¹⁰⁰², près d'un tiers du territoire national et la moitié des infirmières libérales¹⁰⁰³. Autrement dit, derrière la complexité et l'autonomie, reconnues ou non aux soignants et qui affaiblissent la prétention à définir quantitativement le « besoin » démographique, existent d'autres facteurs influençant la perception du « bon nombre » de professionnels de santé.

Pour les médecins, le cadre médiatique des déserts médicaux pèse sur le constat de disparités territoriales.

¹⁰⁰⁰ C. MILLIEN, « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », art. cit.

¹⁰⁰¹ Ce zonage s'est fait suivant des constats de densités d'infirmières « bruts » validés par certains représentants syndicaux infirmiers lors des négociations conventionnelles. Si les négociations conventionnelles infirmières n'ont pas été enquêtées, elles ont servi à plusieurs reprises d'exemple à mes interlocuteurs de la CNAM pour justifier que le zonage « est aussi une demande des professionnels ».

¹⁰⁰² Publié au journal officiel le 13 Juin 2019

¹⁰⁰³ Les limites de l'enquête font qu'il n'a pas été exploré ici les rôles respectifs des administrations et des syndicats infirmiers dans cet état de fait.



Figure 20 : dessin publié dans le journal régional « les échos du berry », le 19/11/2020, en préambule d'un article relatant la publication d'une cartographie des déserts médicaux où le département du Loir et Cher est particulièrement mal classé.

La sensibilité médiatique des mesures démographiques concernant la profession médicale est ainsi relatée par mon interlocuteur de la CNAM :

« Le premier sujet c'est qu'effectivement l'installation... On régule beaucoup de professions. Les médecins il n'y a pas de... Aujourd'hui, sur les médecins, on a un sujet de, c'est la discussion que l'on a en cours, qui est, globalement pendant les quelques prochaines années une baisse de la démographie médicale qui est assez... Comment dire, en tout cas qui inquiète beaucoup de français, donc ce sujet-là... Trouver des zones... Aujourd'hui des zones surdensées en médecin, il n'y en a pas. »

Entretien avec le responsable du département professionnels de santé à la CNAM, formation d'économétrie, 07/02/2019

Or ce déterminant est quasiment absent pour les kinésithérapeutes. La place écologique des médecins sert ici leur visibilité médiatique, tandis que les autres acteurs de la santé sont soit ignorés, soit traités en bloc (le « manque de professionnels de santé »).

En dehors du cadre médiatique, la notabilité et le poids politique supposé des médecins peut aussi rentrer en ligne de compte dans la prudence quant à la mise en place de politiques publiques contraignantes à leur égard : lors d'une réunion du 21/09/2018 (« conseil santé territoire » animée par le délégué départemental de d'une ARS du sud de la France¹⁰⁰⁴), l'un des objets est justement le nouveau zonage des médecins. Le délégué ARS passe l'essentiel de son temps à rassurer ses interlocuteurs (essentiellement des médecins, quelques représentants des autres professions et des usagers) sur le fait que ce zonage (médecin, les autres ne seront pas évoqués) ne prépare pas à des mesures coercitives en zones surdotées : « On ne dit pas zones surdotées, on dit zones les moins fragiles », « toutes les zones

¹⁰⁰⁴ Il s'agit de réunions à intervalles variables (rarement plus d'une fois par an), réunissant des représentants syndicaux des professions de santé, des représentants des usagers, des représentants des collectivités et des délégations départementales des ARS pour évoquer les problématiques démographiques locales (« faire une diagnostic partagé ») et expliquer les conséquences locales des mises à jour des « projets régionaux de santé ».

ont droit à des aides, simplement certaines plus que d'autres ». Sur lesdites aides d'ailleurs, il précise qu'elles sont nombreuses et importantes mais semble lui-même perdu devant le nombre d'interlocuteurs qu'il énumère (ARS, CPAM, Trésor public via des exonérations d'impôts, collectivités) : « je ne vais pas commenter ce schéma des aides » (devant un schéma effectivement très fourni et complexe).

Le coût symbolique (voire politique) de l'opposition aux médecins associé à leur visibilité médiatique fait qu'il est plus aisé de s'attaquer aux exécutants des thérapeutiques plutôt qu'à l'ordonnateur. Cette stratégie¹⁰⁰⁵ rend la limitation du nombre (d'auxiliaires) dans certaines zones moins coûteuse : l'accès du patient au médecin ne saurait être limité, marquant la primeur du diagnostic, quitte à laisser s'installer un délai d'attente dans l'exécution de sa prescription (en limitant à l'inverse le nombre d'infirmières ou de kinésithérapeutes). Il est plus facile de quantifier et rationaliser le travail des techniciens que celui des professionnels, tout comme il est plus facile de leur imposer des contraintes. En fonction de cette hiérarchie, même quand une autonomie de fait des kinésithérapeutes est constatée, elle peut être jugée illégitime, à l'inverse de celle des médecins, comme le laisse à voir mon interlocutrice de la DSS :

« Il y a aussi un autre souci sur les masseurs kiné c'est que dans le code de la santé publique c'est pas une profession auto prescrite, ils sont dépendants normalement d'une prescription d'un médecin... Mais dans les faits... Souvent il y a une espèce de flou, ils se permettent de re prescrire et apparemment ça représente 30 % de leur... revenus, cette capacité d'auto... De renouveler l'ordonnance. Donc ça c'est aussi un... Quelque chose qu'on essaie de mesurer plus finement avec la CNAM [...] Pour interdire plutôt. Plutôt dans le sens de... alors il y a rien de prévu mais en gros c'est flou. Parce que les textes sont très clairs, ils peuvent pas s'auto prescrire mais dans les faits... et puis il y a des médecins, la nouvelle génération de médecins... Autant avant, à l'époque, quand un médecin G [généraliste] prescrivait par exemple... une rééducation pour une névrite vestibulaire, il disait le nombre de séances [j'apprendrai par ailleurs qu'il s'agit d'une expérience personnelle, et que suite au diagnostic d'un médecin ORL, elle a effectué une rééducation chez un kinésithérapeute qui a choisi seul ses cotations et le nombre de séances qu'il lui a proposé. Malgré la guérison constatée, la pratique lui a semblé illégitime]. Et de plus en plus comme... je sais pas pourquoi mais en gros maintenant ils mettent « rééducation vestibulaire ». Et c'est du coup aux kinés de [choisir son nombre de séances]. »
Entretien avec une chargée de mission DSS en charge des kinésithérapeutes, IRA de province, 07/02/2019

Ainsi, il est difficile de mesurer l'excès de médecins car leurs actes s'adaptent en permanence à la population et ils sont juges de l'édiction du soin légitime, ce qui n'est pas le cas des paramédicaux. Leur nombre et leurs actes peuvent alors être plafonnés.

Des kinésithérapeutes sensibles aux quantifications

¹⁰⁰⁵ Pierre Volovitch rapporte que dans les tentatives de mises sous enveloppes des années 1990 déjà, les auxiliaires avaient été vu comme des premières cibles pour atteindre (« encercler ») les médecins ultérieurement. P. VOLOVITCH, « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ? », art. cit.

Pour discutables qu'elles puissent être, les projections des analystes de la DREES, quant à une pléthore à venir, portent auprès des représentants des kinésithérapeutes¹⁰⁰⁶, y compris quand cela peut s'opposer à leur ressenti personnel :

« Enquêteur : Est-ce que ça [la migration européenne] a un impact sur la démographie et du coup sur la négociation conventionnelle ?

Président SNMKR : Alors oui sur la négociation conventionnelle, très clair. L'enveloppe elle est fixée quel que soit le nombre de praticiens qui viennent bouffer sur cette enveloppe [...] Aujourd'hui on va être de plus en plus à bouffer sur la même enveloppe, donc mathématiquement nos revenus diminuent »

Entretien avec un président du syndicat SNMKR, praticien libéral en province, zone attractive, pratique de dépassement d'honoraire, 13/02/2019.

« Nous, ce qui nous inquiète, c'est de voir grossir cet ensemble de professionnels libéraux conventionnés. Et le gâteau... Enfin l'enveloppe, elle ne grossit pas aussi vite... Tout le monde est content, tout le monde dit oui je suis dans mon cabinet je suis débordé, j'ai trop de travail, mais moi je n'y crois pas à ça, j'y crois pas, il y a forcément des gens qui doivent souffrir, c'est pas possible. Avec 5 000 kinés en plus sur le territoire français tous les ans il va forcément y avoir de la tension quelque part. »

Entretien avec le secrétaire général du CNOMK, praticien en zone rurale, 17/10/2018.

Cette réceptivité aux assertions sur la disjonction entre leur nombre et la demande de soin tient d'une part à la croyance partagée dans la véridiction¹⁰⁰⁷ du constat chiffré. Ces représentants des kinésithérapeutes, formés à la démarche scientifique (des sciences de la nature), aux méthodologies quantitatives de la recherche clinique, sont particulièrement sensibles au discours scientifique promu pas l'approche économétrique de la DREES. Mais elle tient aussi à la pression budgétaire affichée par l'administration, qui conduit mes interlocuteurs (administratifs comme professionnels) à mobiliser la théorie « des parts du gâteau » non extensibles. Ils sont donc à ce titre soumis à la rationalité budgétaire¹⁰⁰⁸, ce qui facilite leur consentement aux solutions promues par les administrations. L'APL peut alors passer du rôle de thermomètre mesurant la fièvre à celui de médicament : il permet de

¹⁰⁰⁶ Albert Ogien parle de valeur sociale du chiffre : *« on observe que les gouvernants [...] en viennent à recourir à deux tactiques : faire toutes sortes de concessions pour obtenir les données de quantification indispensables à l'alimentation des systèmes d'information intégrés qui assurent la surveillance et le contrôle de la performance ; et tabler sur le fait que tout le monde admet le souci de la transparence pour mobiliser la force de contrainte du chiffre au service de la réorganisation des administrations d'État. Dans les deux cas, la réussite de l'opération repose moins sur la conviction qu'emporte l'exposition de la valeur substantielle du chiffre que sur la mobilisation implicite de sa valeur sociale, au sens où ce qui est escompté est la déférence et la fascination que l'invocation et l'affichage du chiffre ne devraient pas manquer d'exercer »*. Albert OGIEN, « La valeur sociale du chiffre: La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue Française de Socio-Économie*, 5-1, 2010, p. 19.

¹⁰⁰⁷ Si le terme de véridiction est apporté par Michel Foucault, il est ici à rapprocher des analyses de Théodore Porter, qui parle lui de « certitude » apportée par les nombres : *« Faith in the mechanical character of numerical operations is related to the ancient idea that mathematics yields perfect certainty »* Theodore M PORTER, « Objectivity and Authority: How French Engineers Reduced Public Utility to Numbers », *Poetics Today*, 12-2, 1991, p. 245-265.

¹⁰⁰⁸ La rationalité budgétaire forme un cadre cognitif pour les acteurs et passe par un ensemble d'objectifs et de normes contraignantes. Philippe BEZES, « Contraintes budgétaires », in *Dictionnaire d'économie politique: capitalisme, institutions, pouvoir*, Paris, SciencesPo les presses, 2018, p. 111-117.

constater la démographie trop importante que n'arrivent pas à constater les kinésithérapeutes en exercice. Mais il permet aussi, en identifiant ces zones à densités trop importantes, de proposer des mesures correctrices spécifiques à celles-ci.

L'élaboration de solutions pour résoudre les problématiques professionnelles laissent apparaître les faiblesses de la corporation des kinésithérapeutes. Alors que les inquiétudes des représentants proviennent des flux européens, les administrations ne répondent pas à cette question et font avancer leurs propres agendas. Plus encore, le questionnement des kinésithérapeutes est renvoyé à un cadre légal et technique, c'est-à-dire à une question dépolitisée ne supportant pas de débat. A l'inverse, leur répartition est, elle, mise en discussion grâce à l'élaboration d'indicateurs d'autant moins réfutables qu'ils s'inscrivent dans un contexte d'inquiétude face aux flux européens. Ces indicateurs quantitatifs prennent ici la forme d'un aller-retour constant entre mesure (du bas vers le haut) et dénombrement (du haut vers le bas) de type comptable (exhaustif). Si ces instruments élaborés par la DREES jouent ici un rôle majeur, ils ne sauraient être seuls en cause. Ainsi, alors que l'APL est d'abord pensé pour étudier les besoins en médecins, ceux-ci ne sont pas touchés par des mesures restrictives à ce jour. A l'inverse, les infirmières sont soumises à des régulations démographiques territorialisées depuis 2008, soit avant que l'APL ne s'impose (même si les simples densités mesurées initialement seront rapidement raffinées avec ce nouvel outil). Dit autrement, l'APL est un argument technico-administratif novateur et puissant¹⁰⁰⁹, mais aussi un révélateur des autonomies et pouvoirs des différents groupes professionnels. Il semble s'imposer d'abord comme une contrainte pour les kinésithérapeutes, alors qu'il se présente comme une ressource pour les médecins¹⁰¹⁰. La capacité des groupes professionnels à s'opposer à des régulations démographiques contrôlées par les administrations semble donc un marqueur de leur professionnalisme, qui se donne à voir dans l'élaboration des solutions, mais aussi leur adoption.

c) Adoption des mesures : administrer plutôt que laisser les acteurs s'auto-réguler

La montée de la quantification dans l'espace public permet à Alain Desrosières de proposer que la gouvernementalité passe par des acteurs comptables de leurs actes : « *l'individu est vu en tant que producteur, acteur responsable de lui-même, dont les performances sont contrôlées par des indicateurs*

¹⁰⁰⁹ D'autant plus puissant qu'une fois l'aspect composite accepté (cet indicateur est réputé pouvoir mettre en lien des variables de nature diverses) d'autres données peuvent y être intégrées vers un raffinement toujours plus poussé. Voir notamment les tentatives de géographes de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes d'Île de France en 2019. Véronique LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales », *Document de Travail IRDES*, 80, 2019, p. 114.

¹⁰¹⁰ Les médecins peuvent ainsi pointer la pénurie et la manque de temps disponible pour obtenir une reconnaissance symbolique ou économique. La création des « assistantes médiales » et d'une « aide conventionnelle » à leur recrutement à compter du 20 août 2020 est un exemple révélateur. Alain Desrosières souligne ce rôle dual de contrainte et ressource des indicateurs ou autres échelles. A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner, op. cit*, p. 47.

quantifiés, mais il ne tient qu'à lui de les améliorer »¹⁰¹¹. Une porosité des kinésithérapeutes au rationalisme budgétaire existe bel et bien, et permet de parler de « négociation » ; il n'en demeure pas moins que ce sont les administrations qui imposent les mesures correctives pour tenter d'améliorer la problématique démographique qui les intéresse : le contrôle de la répartition des acteurs sur le territoire. En cela, une structure étatique centrale (ici la CNAM étatisée) réaffirme son autorité sur la périphérie (les kinésithérapeutes répartis sur le territoire, mais aussi les agences régionales, ici l'ARS notamment)¹⁰¹².

Ces mesures sont prises dans le cadre conventionnel, via les négociations avec l'Assurance Maladie. Cette légitimité de la CNAM tient pour partie au « path dependency » français où celle-ci est l'interlocuteur historique des professionnels de santé libéraux¹⁰¹³, mais aussi à la rationalisation budgétaire que sous-entend cette régulation (il s'agit de limiter les travailleurs -et leur paiement- inutiles en zones « surdotées »). Or le payeur des professionnels de santé libéraux est d'abord la CNAM, soit directement selon le principe du « tiers-payant », soit via le remboursement aux assurés. Enfin, cet interlocuteur s'impose aussi, paradoxalement, via la thématique de la « liberté d'installation » préservée. Enjeu majeur pour la médecine libérale française¹⁰¹⁴, cette liberté d'installation peut aussi être mobilisée par les auxiliaires médicaux pour défendre leurs intérêts. La convocation de l'Assurance Maladie affaiblit cette rhétorique d'opposition : les professionnels de santé peuvent s'installer où ils le souhaitent, seul le mécanisme de remboursement des soins sera limité.

La régulation dans les zones les plus densément fournies en kinésithérapeutes, un processus long, témoignage d'une forte volonté administrative

Fin 2011, plus de trois ans après la mise en place de la limitation des conventionnements dans certaines zones pour les infirmières et alors que les médecins ne sont à l'inverse concernés que par des mesures d'aides financières, les négociations entre Assurance Maladie et les deux syndicats représentatifs des kinésithérapeutes libéraux (SNMKR et FFMKR) aboutissent à la signature d'un avenant 3 à la convention. Signé seul par la FFMKR, cet avenant prévoit « *des incitations à l'installation dans les zones très sous-dotées et sous-dotées et l'optimisation de la répartition de l'offre de soins sur le territoire*

¹⁰¹¹ *Ibid.*, p. 65.

¹⁰¹² Il y a une convergence partielle avec les constats de Renaud Epstein, qui invitent à réinvestir le rapport particulier de verticalité de l'Etat vis-à-vis des territoires. Pour autant, si, sur ses terrains de politiques urbaines, les indicateurs, prix et distinctions ou appels à projets correspondent à une « gouvernementalité » foucauldienne proche d'Alain Desrosières ou à un contrôle via les instruments proche de Patrick Le Galès, ici l'injonction par les instruments formulée par la CNAM est nettement plus autoritaire : il ne s'agit pas d'orienter un comportement via un indicateur, mais d'établir une règle à partir de celui-ci. Renaud EPSTEIN, « Un demi-siècle après Pierre Grémion: Ressaisir la centralisation à partir de la périphérie », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 101 ; R. EPSTEIN, « La gouvernance territoriale », art. cit.

¹⁰¹³ P. HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat*, op. cit.

¹⁰¹⁴ « L'optimisation » est un vocabulaire qui reconvoque la notion de rationalité non uniquement budgétaire, mais aussi scientifique. *Ibid.*

en fonction des besoins de soins »¹⁰¹⁵, autrement dit, que « dans les zones " surdotées ", l'accès au conventionnement d'un masseur-kinésithérapeute ne peut intervenir que si un autre masseur-kinésithérapeute cesse son activité libérale dans la zone considérée ».

Or, malgré l'aide aux installations dans les zones jugées « sous-dotées », cet accord passe mal du côté des kinésithérapeutes. Au sein même du syndicat signataire, il divise : le congrès fédéral extraordinaire de la FFMKR (qui regroupe des représentants de chaque syndicat FFMKR départemental) l'a adopté à 51,71% contre 48,29% d'opposants. Plus encore, c'est un syndicat départemental de la fédération, celui des Landes, qui dépose par la suite un recours auprès du Conseil d'Etat, arguant notamment de l'atteinte à la liberté d'installation. Ce recours sera entendu et le Conseil d'Etat censure la disposition de conventionnement sélectif en zones surdotées le 14 Mars 2014.

Si, dans un premier temps, le recours à la contestation juridique a permis à une partie des représentants des kinésithérapeutes de faire échouer la limitation de l'installation dans certaines zones, le projet réapparaît à compter de 2017. L'encadrement juridique est alors amélioré par les administrations, avec, du côté ministériel, la modification du Code de la Santé Publique¹⁰¹⁶ permettant d'imposer des mesures de restrictions conventionnelles. Ces modifications légales, en réponse à l'expérience précédente, sont des indices quant à la volonté des administrations (CNAM soutenue par la DGOS quant à l'encadrement juridique du conventionnement sélectif et la DSS pour l'encadrement budgétaire) : les kinésithérapeutes doivent signer un avenant limitant leur installation dans les zones les mieux pourvues. La négociation semble donc porter sur les compensations possibles en échange de la signature paritaire, préférable à la procédure conflictuelle.

Suite à la signature de l'avenant 3, la FFMKR a vu pour la première fois son hégémonie discutée aux élections professionnelles suivantes de 2015, et la SNMKR devient majoritaire¹⁰¹⁷. Lors de la remise sur la table de la nécessité de limiter les installations dans certaines zones, les deux syndicats se retrouvent alors dans une position inversée et ce sera le SNMKR qui signera l'avenant. Pour les deux présidents toutefois, la situation dans les zones attractives est vue comme dégradée du fait des arrivées de diplômés européens¹⁰¹⁸. La pression administrative à la signature est alors doublée de la prise de conscience de l'absence de mesures visant à réguler ces arrivées. Tous deux se rangent alors derrière la seule alternative laissée ouverte, la mesure de limitation conventionnelle :

« Vous pouviez vous installer ou vous vouliez jusqu'à il y a peu. Être conventionné et donc avoir vos soins qui sont pris en charge, bon. C'est... Donc participer à bouffer un petit peu l'enveloppe

¹⁰¹⁵ Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

¹⁰¹⁶ Notamment les articles R1434-41 à R1434-43, qui encadrent le découpage du territoire national en zones susceptibles de recevoir des mesures conventionnelles permettant « l'amélioration de l'offre de soin ».

¹⁰¹⁷ Historiquement la représentativité était accordée en grande part en fonction du résultat aux élections des représentants professionnels auprès des caisses de retraites. Depuis la loi HPST de 2009 et la création d'Unions Régionales des Professions de Santé, ce sont ces élections qui servent à « mesurer » l'audience des syndicats auprès des professionnels. En 2015 le SNMKR obtient 44% des suffrages contre 43% à la FFMKR (contre 55% à l'élection précédente) et 12% pour le jeune syndicat contestataire Alizé, non reconnu représentatif avant 2021.

¹⁰¹⁸ Le président 2017 de la SNMKR a été rencontré pour un entretien, le président de la FFMKR 2017 a refusé l'entretien mais a pu être rencontré de manière plus informelle aux cours de diverses réunions (URPS, CNOMK).

de la kinésithérapie. Bien. Vu l'arrivée massive, vu l'absence totale de prise de responsabilité de l'État autour de cette régulation européenne... Il y a une régulation en France mais pas Européenne. Bien. Qu'est-ce qu'on a fait ? On s'est dit à un moment donné on peut plus faire, il faut aussi qu'on protège l'activité existante, notamment dans des zones comme les nôtres, sud de la France, qui attirent 90 % de ces communautaires. D'accord, donc qu'est-ce qu'on a fait ? On a mis en place une mesure de régulation de conventionnement sélectif. C'est pour ça qu'on l'a mis c'est tout hein [...] tout le monde gueule mais il est fait pour protéger la kinésithérapie française aujourd'hui hein [...] parce que c'était notre seule possibilité aujourd'hui, face à l'absence totale de prise de responsabilité de l'État qui aurait pu aussi prendre ses responsabilités en disant non... On ferme, ou on limite à tant l'arrivée de diplômés communautaires par an, parce qu'on a pas besoin de plus [...] Sauf que « oh ouais mais non vous comprenez, Bruxelles c'est compliqué ». Ben oui ok, alors on va le faire autrement, on va le faire autrement c'est le conventionnement sélectif. Si on l'avait pas fait c'était du chômage assuré... pour la profession alors même que... La profession n'a jamais connu ça, jamais. »
Entretien avec le président du SNMKR, signataire de l'avenant 5, libéral dans le sud de la France, 13/02/2019.

« Lors du colloque [ordinal, sur l'Europe et la kinésithérapie], la question des solutions [aux migrations] est posée. Le président de la FFMKR, non signataire de l'avenant 5, se dit inquiet des flux et pense qu'il y aura un impact sur la lettre clé. De ce fait il propose un « numerus clausus au conventionnement », c'est-à-dire une limitation nationale du nombre. »
Note d'observation, colloque national du CNOMK, 10/10/2019

De ce fait l'avenant 5 de la convention des kinésithérapeutes est signé en 2017 (par le seul SNMKR) et mis en application dans les mois qui suivent, à mesure que les cartographies régionales sont validées dans chaque ARS.

L'avenant 5 de la convention des kinésithérapeutes

Signé le 6 novembre 2017 entre le SNMKR et la CNAM, puis publié au journal officiel le 8 février 2018, cet avenant semble une victoire pour la CNAM après près de dix ans de tentatives pour introduire une mesure de régulation coercitive à l'installation. Sa présentation sur le site de l'Assurance Maladie est illustrative de la satisfaction des administratifs impliqués : « **L'avenant 5 s'attache enfin à moderniser les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et rénove entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 3 avril 2007** »¹⁰¹⁹ (c'est nous qui soulignons en gras).

Le texte prévoit dès ses premiers articles une méthodologie de zonage : l'APL y est inscrit comme juge de paix et le territoire considéré comme « surdoté » est fixé, au cours de la négociation conventionnelle, aux bassins de vie regroupant 12,5% de la population française. Au sein de ces zones, les kinésithérapeutes ne peuvent être conventionnés que si un prédécesseur arrête son activité. Quelques dérogations peuvent être sollicitées (mutation d'un conjoint, attestation de pratiques spécifiques -pédiatrie, uro-gynécologie- qui seraient déficitaires sur le territoire) mais laissées à l'appréciation des commissions paritaires où les agents des CPAM ont le dernier mot (en cas de désaccord entre agents et représentants professionnels c'est le directeur de la CPAM qui tranche)¹⁰²⁰.

¹⁰¹⁹ <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/textes-referenc/convention/avenants> site accessible le 20 Aout 2021

¹⁰²⁰ J'ai pu mener des observations participantes lors de commissions paritaires avec une CPAM du sud de la France, en tant que représentant syndical kinésithérapeute (19/10/21 et 20/05/22).

Deux cas de conventionnement en zone surdotée se sont présentés : dans le premier, il s'agissait de l'enregistrement d'un départ, et deux dossiers de conventionnement avaient été reçus pour « récupérer » ce droit à

Une marge de manœuvre est prévue dans cette cartographie : les ARS peuvent s'opposer au classement comptable de certains pseudo-cantons et demander le déclassement de certaines zones, mais uniquement à condition de passer une autre zone dans la catégorie (une zone à limitation d'installation peut redevenir ouverte à l'installation, à condition de passer une autre zone en limitation).

Cet avenant prévoit également que d'autres territoires, abritant une autre fraction de 12,5% de la population française, fraction définie par la négociation, soit classée en « zone très sous-dotée » et que les professionnels y bénéficient d'aides à l'installation.

A l'inverse, les zones ayant une densité de kinésithérapeutes (pondérée par l'âge des populations et les distances) proche de la moyenne sont classées en intermédiaire et soumises à aucune mesure particulière.

En d'autres termes, l'utilisation de l'APL dans le cadre de l'avenant 5 a pour but de faire tendre la densité de travailleurs vers la moyenne, vue comme l'objectif à atteindre. Dans ce cadre, il faut stopper l'augmentation du nombre de professionnels dans les zones les mieux dotées et favoriser l'augmentation du nombre dans les zones les moins pourvues. Le questionnement de l'adéquation à la demande de soin, trop subjective, est évacuée :

« Aujourd'hui les usagers quand vous interrogez sur les zones... Quand on interroge les usagers ils ont tous le sentiment qu'ils sont loin de tout. Enfin tous. Même en région parisienne, ils aimeraient tous... enfin... C'est ce qu'avait montré l'observatoire des inégalités. C'est amusant, globalement même en théorie économique, pratiquement tout le monde aimerait avoir, être près de tout. Y compris d'un CHU, y compris d'un centre d'expertise, donc le besoin il est toujours.... Il y a toujours un besoin supplémentaire en santé... C'est comment dire... Un objet tellement important... Que le besoin en santé il est assez fort. »

Entretien avec le responsable du département professionnels de santé à la CNAM, formation d'économétrie, 07/02/2019.

La part primordiale de la quantification dans cet avenant propulse la moyenne constatée comme objectif à atteindre y compris de manière coercitive. A l'inverse, pour reprendre la formule d'Alain Desrosières, « *ce qui n'est pas compté ne compte pas* »¹⁰²¹. C'est ainsi que les notions peu abordables par les quantifications, comme les besoins de soin, les satisfactions des usagers, les changements de pratique et de positions dans la division du travail sont ignorés. La « mesure » est à ce titre devenue normative¹⁰²².

Le chiffre devient règlement, sans mobilisation des kinésithérapeutes les plus perdants dans ce dispositif

exercer. L'un des deux dossiers était celui de la remplaçante de la kinésithérapeute partante, exerçant déjà de fait dans le cabinet sous le statut de remplaçant. L'autre était celui d'une kinésithérapeute exerçant déjà dans le même département, mais dans une autre commune et souhaitant s'installer dans la zone concernée. C'est la kinésithérapeute déjà remplaçante de fait qui a été choisie pour être conventionnée, sans réelle discussion.

Dans le second cas, il s'agissait d'une demande de conventionnement « exceptionnel » pour pratiquer une « spécialité » ouvrant droit à dérogation. La majorité des représentants syndicaux (sauf 1) se sont prononcés pour le conventionnement, l'ensemble des administratifs de la CPAM contre et le conventionnement a été refusé.

Ces exemples pointent deux choses : d'une part les kinésithérapeutes font peu de demandes de conventionnement dans les zones « surdotées » et, pour qu'elles fonctionnent, elles doivent nécessairement être liées à un « réseau » (être au courant du départ d'un kinésithérapeute et avoir déjà un pied dans le cabinet). Les possibilités de dérogations semblent trop aléatoires pour être massivement investies.

¹⁰²¹ A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner*, op. cit, p. 35.

¹⁰²² Ce constat est aussi convergent avec les travaux de Pierre André Juven sur le codage des actes réalisés en milieu hospitalier via la PMSI et ses liens avec la tarification à l'activité. P.-A. JUVEN, « Produire l'information hospitalière: Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité », art. cit ; P.-A. JUVEN, *Une santé qui compte?*, op. cit.

Dès le premier article de l'avenant 5, la logique de rationalité par la quantification apparaît : il s'agit de contrôler les « enjeux démographiques de la profession » via l'édition de chiffres permettant la « régulation limitant le conventionnement dans les zones excédentaires »¹⁰²³. Mais cette quantification via l'APL ne répond pas directement à la question du chiffre à retenir pour estimer que l'offre dépasse la demande de soin. Les logiques de mesure (mettre en chiffre l'offre pour avoir une vision centralisée de la situation) et de dénombrement (proposer de façon central un chiffre qui régleme l'offre de soin dans les territoires) s'entremêlent alors, et leur proximité permet le passage de l'une à l'autre. Le dénombrement devient l'outil d'application d'une évaluation (une mesure). Cette mesure est nationale, imposée par la loi et le chiffre retenu est décidé en vertu de rapports de force entre représentants kinésithérapeutes et administratifs de la CNAM. Si, pour la CNAM, il s'agit d'un chiffre établi par la « négociation conventionnelle », pour les syndicalistes kinésithérapeutes rencontrés, il s'agit plus d'une imposition autoritaire de la CNAM :

« Maintenant concrètement, la CNAM est arrivée avec 3 propositions et un principe : la part de population dans les zones surdotées doit être la même que dans les zones fragiles (donc sous dotées + très sous dotées).

Cela ne nous a pas semblé pertinent, car le calcul du zonage utilise un indicateur qui donne des informations relatives via un classement. Cela signifie donc qu'une zone surdotée n'est pas une zone où il y a trop de kinés, mais une zone où l'offre de soins est relativement plus élevée. Donc considérer qu'il fallait un équilibre parfait entre les deux n'avait pas forcément de sens.

Nous avons le choix entre une répartition 10 / 10, 12,5 / 12,5, 15 / 15.

Nous avons fait le choix intermédiaire. Et la CNAM n'a laissé aucune marge de négociation sur un éventuel déséquilibre entre les deux. »

Echange mail avec un représentant du syndicat SNMKR lors des négociations conventionnelles de 2017, à la suite d'un entretien.

12,5% de la population française est alors retenue comme vivant sur un territoire « surdoté » où il faut limiter le nombre de kinésithérapeutes. Cette mesure compte dans le même temps sur le dénombrement pour être appliquée selon un découpage local « par pseudo-cantons »¹⁰²⁴. C'est le dénombrement qui doit permettre de répertorier et de cartographier ces 12,5%. Le dénombrement par pseudo-canton est là

¹⁰²³ L'article 1.1 est intitulé « zonage démographique des masseurs kinésithérapeutes », l'article 1.1.1 est intitulé « utilisation de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée ».

¹⁰²⁴ Ce découpage par pseudo-cantons est un autre exemple d'une opération discrète mais réelle de transformation d'une mesure en dénombrement. La mesure via l'APL se fait selon le principe des « secteurs flottants » (M. BARLET, M. COLDEFY, C. COLLIN et V. LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », art. cit.). Il n'y a alors pas de secteurs préétablis et l'accessibilité des professionnels de santé est mesurée selon leur éloignement géographique, selon une unité qui est la commune : si le professionnel de santé est dans la même commune l'accessibilité est maximum, s'il est dans une commune proche l'accessibilité est diminuée, s'il est dans une commune lointaine l'accessibilité est faible (une analogie avec l'attractivité gravitationnelle en physique est possible). Or dans l'application de l'APL au zonage, ce dernier repose sur des secteurs qui, eux, doivent être préétablis : c'est dans des secteurs bien définis qu'il faut que la règle s'applique. Il y a alors recours aux « pseudo-cantons » de l'INSEE (une définition est accessible au 27/12/2021 sur le site de l'INSEE <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1725>). Il s'agit d'un découpage proche des cantons mais regroupant uniquement des communes entières (alors que le découpage par cantons électoraux peut parfois séparer différents secteurs de communes importantes). Cette opération a pour but de rendre plus lisible l'opération de dénombrement et l'adoption administrative de règles différentes selon des zones prédéfinies.

pour favoriser l'application locale des décisions nationales : l'auto-régulation par les acteurs en fonction d'indicateurs est ici très réduite par cet encadrement chiffré. En éclatant les conséquences de la décision nationale, les rendant peu contrôlables directement par les acteurs (qui connaissent éventuellement la situation de leur zone mais peuvent difficilement la comparer) et les entourant de méthodologie « scientifique » quantitative, l'autorité nationale combine à la fois les qualités de la gestion par les indicateurs¹⁰²⁵ et la contrainte légale plus traditionnelle.

Derrière cette logique de quantification, une institution sort grande gagnante : la CNAM. Elle impose aux représentants des kinésithérapeutes des mesures coercitives à l'installation en jouant sur leurs peurs (peur de la pléthore, peur de la rétorsion quant aux tarifs conventionnels) et rejette leurs demandes d'autogestion :

« C'est la CPAM qui gère [les dérogations pour s'installer en zones limitées], donc c'est du cas par cas. En fait c'est très compliqué, moi j'ai toujours défendu si vous voulez le quali plutôt que le quanti... Bon... le directeur général n'a pas voulu l'intégrer dans l'avenant 5, le quali, parce que c'était politiquement pas faisable [...] Au départ moi j'avais voulu, et demandé à ce qu'ils soit clairement marqué quali. Projet professionnel. « C'est quoi ton projet ? Oui ça nous intéresse on prend ». Quel que soit le quota ou machin. Tu n'as pas de projets, tu veux venir là mais sans projet non on va préférer prioriser quelqu'un qui a un vrai projet professionnel. [Cette demande ne sera pas inscrite dans l'avenant 5] »

Entretien avec le président du SNMKR, signataire de l'avenant 5, libéral dans le sud de la France, 13/02/2019.

Même s'ils peuvent avoir des regrets quant au manque de pouvoir laissé aux représentants locaux des kinésithérapeutes (pas de validation locale par « projets professionnels » de leurs représentés), ces représentants syndicaux sont d'abord des « installés ». Ils ont des cabinets en place et ces mesures permettent d'éviter une possible montée de la concurrence. Ils font figure de « gagnants » dans ces nouveautés réglementaires. A l'inverse, d'autres kinésithérapeutes peuvent être pensés comme « perdants » devant ces mesures : les non installés, qu'ils soient diplômés remplaçants ou étudiants non diplômés. Pour eux, ces mesures régulatrices limitent les possibilités d'installation dans des zones « surdotées » souvent jugées les plus attractives.

Pour les kinésithérapeutes diplômés non installés (remplaçants, travailleurs en arrêts momentanés), l'absence de structure représentative propre (il n'existe pas de syndicats des kinésithérapeutes remplaçants) peut expliquer l'absence de mobilisation. Sans institutions propres, ces acteurs ont pu opter pour des stratégies individuelles : Joelle, une enquêtée travaillant dans les Pyrénées Atlantiques (diplômée française d'une trentaine d'année), a ainsi choisi de continuer de travailler en remplacement mais a conclu un accord avec un cabinet où elle travaille de manière régulière. Avant l'arrivée annoncée des limitations d'installation elle a demandé son conventionnement comme praticienne installée au sein

¹⁰²⁵ Patrick Le Galès notamment démontre les effets importants de l'édiction d'indicateurs, même en l'absence de contraintes. Le cadre cognitif qu'ils procurent produit des effets par la conformation des acteurs à ceux-ci. Ils donnent par ailleurs une visibilité, proche du dénombrement de Fabrice Bardet, aux décideurs. C. HALPERN et P. LE GALES, « Pas d'action publique autonome sans instruments propres », art. cit ; P. LE GALES, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'Etat en Grande-Bretagne », art. cit.

de ce cabinet. A ce titre elle s'assure de conserver « un numéro ADELI »¹⁰²⁶, c'est-à-dire un droit à exercer dans la commune en passe d'être classée surdotée. Elle continue de fait à travailler comme remplaçante, qu'elle décrit comme un mode d'exercice plus favorable à sa vie personnelle (plus grande latitude pour choisir ses périodes de travail ou de congés) ou professionnelle (choix de remplacements et indirectement de clientèles spécialisées ou non au gré de ses envies, dans une zone géographique et des structures de soin qu'elle connaît au préalable). Elle prend toutefois garde à pratiquer quelques actes par an sous son propre nom et avec ses propres feuilles de soin (en accord avec les cabinets où elle effectue des remplacements) pour ne pas risquer « *qu'on [lui] dise quelque chose si elle n'a pas d'activité* ». Dans son cas, sa réponse à l'avenant 5 a été la mise en place d'une stratégie d'adaptation administrative individuelle visant à circonscrire les éventuels effets négatifs du nouveau zonage.

Les étudiants kinésithérapeutes, quant à eux, forment un groupe de perdants plus structuré via la Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes de France (étudiée au chapitre 6). Ils n'ont pourtant guère protesté à la mise en place d'une régulation à l'installation, ce qui peut sembler étonnant si on compare leur position à la capacité de mobilisation et d'influence politique des internes en médecine¹⁰²⁷. L'une des explications vient de la présence de la présidente de la FNEK à la table des négociations conventionnelles cette année-là. La FNEK n'a pas officiellement voix au chapitre, ces négociations se déroulant entre représentants syndicaux (dits « représentatifs ») des kinésithérapeutes libéraux et Assurance Maladie. L'invitation de la présidente de la FNEK par le SNMKR (comme « consultante ») est alors un procédé visant à désamorcer tout conflit frontal avec la FNEK : par ce canal, les étudiants sont implicitement associés aux décisions prises. Cette présidente de la FNEK est, à l'instar des représentants des kinésithérapeutes libéraux, plutôt septique mais aussi fataliste quant à l'instauration de mesures de limitation du nombre :

« Je pense que ça [l'avenant 5] va drainer une partie des kinés, ça va peut-être mieux équilibrer entre les zones qui sont surdotées et les zones intermédiaires, je suis toujours pas certaine que les gens vont aller dans les zones sous dotées. Euh, toute façon tu n'as pas obligation d'aller t'y installer, tu as juste obligation de pas t'installer dans les zones surdotées donc en soit je vois pas pourquoi les gens iraient pas juste s'installer dans les zones intermédiaires plutôt que... Que dans les zones sous dotées [...] J'en sais rien moi mais je pense que de toute façon c'était ça ou c'était... imposé. Donc à un moment donné ben, je suis pas sûr que ça résolve quoi que ce soit ».

Entretien avec la présidente de la FNEK 2017-2018, début de carrière en salariat en zone surdotée à l'issue de son cursus, 01/10/2018.

¹⁰²⁶ Le numéro ADELI est le numéro d'enregistrement des praticiens lors de leur installation libérale conventionnée. Il est convoqué par les praticiens pour signifier qu'ils sont installés et conventionnés.

¹⁰²⁷ Patrick Hassenteufel et ses collègues montrent le rôle clé des syndicats d'internes dans les blocages de l'instauration de régulation démographiques pour les médecins. P. HASSENTEUFEL, F.-X. SCHWEYER, T. GERLINGER et R. REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », art. cit.

Sa position marque la position dominée des représentants étudiants (à l'instar des représentants d'installés). En quelque sorte, ils ne croient pas eux-mêmes en leurs possibilités de s'opposer à la CNAM.

De manière plus générale, les élus de la FNEK acceptent la quantification fournie (la « surdotation » n'est pas remise en cause) et hésitent à investir un sujet non directement étudiant (« *nous ne sommes pas un syndicat de professionnels* » a été plusieurs fois rappelé lors d'une AG à Montpellier le 07/09/2019 à laquelle j'ai pu assister). Cette hésitation se double d'une incertitude sur la capacité à mobiliser pour s'opposer à la mesure. Ces éléments expliquent les réactions modérées de la FNEK contre la régulation limitant l'installation dans les zones les plus densément fournies en kinésithérapeutes. Le bureau de la FNEK s'est effectivement prononcé contre l'avenant 5¹⁰²⁸ mais aucune mobilisation n'a été prévue contre la mesure. La suite de la carrière de cette présidente 2017-2018 montrera, de plus, que ces acteurs ne voient pas forcément de dangers immédiats quant à leur avenir professionnel. Ils pensent pouvoir s'appuyer sur leurs réseaux développés lors des cursus et stages pour travailler dans les zones souhaitées (via des remplacements, non limités, ou des exercices en salariat, non concernés) ou à proximité (les fameuses zones intermédiaires en périphérie plus ou moins éloignée des grandes métropoles). Ainsi la présidente de la FNEK ici enquêtée commencera sa carrière dans un centre de rééducation spécialisé de la côte atlantique (dans une métropole attractive et fermée à l'installation libérale) avant de rejoindre la capitale régionale proche de son lieu de formation (là encore métropole attractive fermée à l'installation libérale), dans un centre de rééducation connu comme lieu de stage. Dans les deux cas l'exercice salarié lui permettra de travailler dans des zones considérées comme « surdotées » en praticiens libéraux. Elle finira, après deux ans d'exercice, par faire des remplacements dans la même ville. Autrement dit, ces étudiants sont eux-aussi sensibles à l'argument de la pléthore localisée, d'autant plus qu'ils s'y retrouvent en concurrence avec les étudiants formés à l'étranger. Dans ce cadre, l'avenant 5, bien que très contraignant, leur laisse un avantage concurrentiel : ils peuvent faire jouer leurs réseaux construits lors de la formation (intervenant dans les IFMK, lieux de stage) et leur meilleure connaissance du système français pour occuper de façon privilégiée les postes non régulés par l'avenant 5 dans ces zones attractives : l'exercice libéral comme remplaçant ou l'exercice salarié.

L'adoption de l'avenant 5 montre une hiérarchie des groupes professionnels de la santé. Les infirmières, premières concernées en 2008, n'ont pas remis en cause une restriction à l'installation initialement basée sur une méthodologie très frustrante, et ont vu leur limitation d'installation augmenter jusqu'à concerner

¹⁰²⁸ Une première motion, lors de la tentative de mise en place de l'avenant 3, a été adoptée par le conseil d'administration (CA) de la FNEK (bureau et représentants des différents instituts) : « *le CA se positionne contre la mise en place de mesures coercitives à l'installation dans les zones sur-denses* ». Une seconde est adoptée lors de la préparation de l'avenant 5 : « *La FNEK se positionne contre l'instauration d'un conventionnement sélectif à l'installation dans les zones sur-dotées et très sur-dotées. Afin de développer l'installation des kinésithérapeutes dans les zones sous-dotées et très sous-dotées, le Conseil d'administration de la FNEK s'engage à œuvrer pour l'amélioration et la promotion des mesures incitatives à l'installation* ». Délibérations issues des rapports de conseils d'administration, transmis par la FNEK.

un tiers du territoire national¹⁰²⁹. Les kinésithérapeutes, après une opposition d'une dizaine d'année, ont cédé sous la pression des administrations pour intégrer ce type de contrôle. La définition, de la part des statisticiens du ministère de la Santé, de leurs écarts de densité comme signes de surnombres locaux n'a pu être contrée. Ils ont cependant su limiter l'étendue du zonage à 12,5% du territoire et conserver quelques possibilités dérogatoires dans ces zones, bien que nécessitant l'accord des représentants des CPAM locales. Quant aux médecins, ils ont pu à ce jour garder la main sur l'analyse de leur nombre, pour conserver la définition de la « sur-dotation », malgré la mise en lumière d'écarts statistiques entre territoires.

d) Eléments de mise en place du zonage

La mise en place confirme le verrouillage des mesures de régulation démographique par la CNAM, le dénombrement s'imposant comme un instrument puissant pour contrôler le local via des mesures nationales. Pour autant les simplifications inhérentes aux constructions des quantifications entraînent des tensions dès l'instauration des mesures. La réalité complexe du travail du kinésithérapeute se conforme mal au cadre rigide du découpage comptable. Des velléités de contestations sont alors mises en germe, d'autant plus que certains segments administratifs (notamment les ARS) dominés dans cette logique re-centralisatrice peuvent être tentés par des alliances avec les groupes professionnels.

Le découpage via la quantification nationale s'impose

L'avenant 5 prévoit un zonage basé sur les APL, mais laisse aussi une marge d'adaptations locales. Alors que cet avenant est un fait conventionnel, il est notable que l'adaptation locale soit du ressort des ARS. Ces dernières sont récentes, formées en 2010 par l'agrégation de plusieurs structures dont au premier chef les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) qui n'auront vécu qu'une dizaine d'années¹⁰³⁰. Elles jouent le rôle de préfet sanitaire, et à ce titre bénéficient d'un droit de regard sur le zonage : il n'est pas que le fruit d'accords financiers entre corporation et CNAM, mais a aussi pour but d'améliorer l'offre de soin. Pourtant, derrière cette co-construction affichée, l'ARS est en réalité mise hors-jeu¹⁰³¹. D'une part, le zonage de la DREES n'est adaptable qu'à hauteur de 20%, mais surtout il

¹⁰²⁹ Alors que pour les kinésithérapeutes leur position dominée vis-à-vis de la CNAM explique l'instauration d'une régulation à l'installation, l'enquête n'a pas été menée du côté des syndicats infirmiers. Il n'est donc pas possible de se positionner ici quant à la part de contrainte et d'agrément de ces derniers devant la logique régulatrice de la CNAM.

¹⁰³⁰ Bernard MARROT, « Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? », 174, 2020, p. 17.

¹⁰³¹ Cette analyse converge avec celle d'Aude Lecomte-Salmon dans son travail doctoral, qui parle d'un instrument « d'étatisation du système de santé ». Aude LECOMTE-SALMON, « La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté. » Paris Saclay, St Quentin en Yvelines, 2021, p. 77.

s'impose de fait : les ARS n'ont pas d'outils propres pour connaître la réalité du terrain alternativement à cette cartographie. Elles confient donc aux URPS (Unions représentatives de profession de santé) le soin de vérifier la bonne adaptation de celui-ci. Or, le deuxième verrou de l'avenant 5 apparaît alors : le nombre de bassins de vie (ou pseudo cantons) à classer selon chaque situation (surdotée, très dotée, intermédiaire, sous dotée, très sous dotée) est fixé pour chaque région. De ce fait, chaque bassin de vie que l'URPS souhaite changer de catégorie doit être remplacé par un autre. Ce second verrou lie les mains des représentants des kinésithérapeutes élus au sein des URPS¹⁰³² aussi efficacement que la cartographie nationale a lié les mains des ARS¹⁰³³.

Ma présence comme observateur participant au sein d'une URPS du Sud de la France a permis de saisir cette réalité. Le bureau de la structure a vu remonter (via des mails puis des prises de contact téléphoniques) des demandes de déclassement de zones de la part de kinésithérapeutes de zones périurbaines classées comme surdotées. Leur argumentation, parfois virulente, a bien fait remonter leur difficulté à assurer les soins sans pouvoir intégrer de nouveaux confrères à leurs cabinets. Pourtant, le bureau, après échange avec l'ensemble des élus de l'URPS, n'a pu que valider les classements DREES : afin de déclasser ces zones de « sur-dotées » (interdiction de nouvelles installations) vers « très dotées » (installations possibles) il aurait fallu inversement faire passer une zone « très dotée » en « sur-dotée ». Des tentatives ont été faites pour sonder les kinésithérapeutes du bassin de vie non classé « sur-doté » le plus proche (une ville moyenne) dans l'optique d'une éventuelle inversion des classements du zonage. Mais après des appels auprès de 70 kinésithérapeutes de ce bassin de vie (méthodologie non précisée par les membres de l'URPS les ayant réalisés), il est ressorti que seuls 5 d'entre eux accepteraient le passage en zone « sur-dotée », les 65 autres s'y opposant. L'URPS des kinésithérapeutes s'est alors prononcé pour conserver le zonage proposé par la DREES, sans pouvoir y apporter de modification. Ce choix est remonté à l'ARS, qui, sans plus de visibilité et de marge de manœuvre, a entériné la cartographie nationale.

Les ARS ne peuvent qu'entériner les 12,5% nationaux de zones surdotées et valider les catégorisations via le dénombrement sur leur territoire. Cette asymétrie des relations avec la CNAM est visible dans la position du directeur et du directeur adjoint d'une ARS du Sud de la France lors d'une réunion de l'Observatoire Régional des Démographies des Professions de Santé (ORDPS). Cette réunion, sous la présidence de l'ARS, rassemble des professionnels de santé (majoritairement médecins par la présence

¹⁰³² Pour rappel les Unions représentatives des Professions de Santé sont des structures associatives créées dans la foulée des ARS et visant à représenter, par corporation (URPS médecin, URPS kinésithérapeute...), les professionnels de santé libéraux d'une région. Il s'agit d'élections de listes régionales syndicales, servant par ailleurs au ministère de la Santé de déterminer la « représentativité » de chaque syndicat. La mission des URPS est de « participer à l'organisation et l'évolution de l'offre de santé au niveau régional ».

¹⁰³³ A ce titre l'ARS semble dans une position d'institution faible. Des logiques centrales comme l'imposition d'un zonage lui laissent peu de marges de manœuvre d'une part, tandis que, d'autre part, Marina Honta et ses collègues montrent combien les négociations avec les collectivités locales peuvent se révéler difficiles. Marina HONTA, Nadine HASCHAR-NOE et Émilie SALAMERO, « L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé », *Négociations*, 29-1, 2018, p. 143.

cumulée de leur Ordre, leurs universitaires, leurs URPS, leurs internes...), des représentants de structures (Fédération Hospitalière de France, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne) et de la région (financeur des écoles paramédicales et de sage-femmes). Cette observation, en juin 2019, se déroule alors que les paramédicaux et sage-femmes sont tous soumis à un zonage et que seuls les médecins et dentistes échappent à des mesures limitant l'installation (un zonage existe cependant pour eux, pour déterminer les zones « sous-dotées » auxquelles sont attribuées des aides financières). Les ARS ont alors pour mission de valider ces cartographies avec des possibilités de modifications restreintes. Pour autant, ce droit de regard fournit une ressource à ces acteurs pour organiser ces « observatoires régionaux » et tenter de nouer des alliances avec les professionnels de santé pour peser sur la politique démographique.

Le discours du directeur adjoint introduisant la réunion semble alors en feuille de route pour lutter contre l'imposition du dénombrement par l'APL : après avoir présenté cette cartographie DREES, il précise qu'« *il y a une sous-estimation du besoin de professionnels à cause de l'image [sans doute comme attractive par héliotropisme] de la région* ». Il précise aussi les « bonnes pistes » : « *il faut prendre en compte le dynamisme démographique de la région, avec plus de 50 000 nouveaux habitants par an* » ce qui explique que « *sans effort sur l'offre de la formation nous verrons la densité faiblir* ». De plus « *la région est un peu plus vieille que le reste de la France* » et « *une personne sur six est en situation de pauvreté dans notre région, c'est-à-dire quasi équivalent au Nord de la France !* ». La mission confiée à l'ORDPS est belle est bien celle de contrer l'imposition de la cartographie APL nationale. Il y a là une tentative locale d'opposition à l'imposition d'une règle nationale par l'alliance entre acteurs administratifs décentralisés et groupes professionnels. Une confirmation indirecte est apportée par la réponse du directeur général de l'ARS à ma question sur le choix d'un zonage national plutôt que préparé paritairement dans chaque région. Sa réponse est courte et lapidaire : « *pour respecter l'enveloppe financière* ». Ce directeur d'ARS considère que la CNAM lui a imposé les mesures de zonage et que cela s'est fait grâce à l'argument financier : la CNAM, « financeur public »¹⁰³⁴, utilise cette position de payeur pour imposer son contrôle. A l'image des analyses sur la recentralisation française en cours depuis les années 1990¹⁰³⁵, l'argument financier est un instrument important de la recentralisation. La CNAM se positionne ici comme acteur étatique central et centralisateur, avec un directeur directement

¹⁰³⁴ Anne Moyal propose que les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, qu'elle analyse comme un instrument de rationalisation, soit promues et évaluées par deux acteurs administratifs, l'ARS « administration sanitaire régionale » et la CNAM « payeur public ». Si son axe d'analyse ne s'attarde pas sur les possibles conflits entre ces deux acteurs, il est à relever toutefois qu'en fin de compte c'est bien les CPAM qui décident ou non de financer les MSP (sur avis « technique » des ARS). Anne MOYAL, « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 69, 2019, p. 821-843.

¹⁰³⁵ Des analyses montrent par exemple que l'entrée dans la monnaie unique, et ses impératifs de maîtrise des dépenses publiques, ou la crise de 2008, et la nécessité d'un contrôle resserré de la dette publique, ont été deux occasions pour les administrations centrales de circonscrire les autonomies accordées aux collectivités. R. EPSTEIN, « Un demi-siècle après Pierre Grémion », art. cit ; Patrick LE LIDEC, « Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État: Les collectivités françaises entre autonomie et régulations étatiques », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 75.

nommé en Conseil des Ministres¹⁰³⁶, agissant sur lettre de cadrage du Ministre de la Santé et suivant une logique budgétaire canalisée par les Projets de Loi de Finance de la Sécurité Sociale¹⁰³⁷. Dans cette situation, la CNAM retrouve des modalités d'action qui ne sont pas sans rappeler des analyses historiques des relations centre-périphérie¹⁰³⁸ : elle agit par ses organes déconcentrés (les CPAM) qui, en négociation directe avec les représentants syndicaux des professionnels de santé, gèrent les autorisations de conventionnement en « zones surdotées » (dérogations, remplacement d'un départ). Elle marginalise ainsi les ARS qui ne sont là que pour entériner localement les cartographies prescrites et n'ont ensuite plus voix au chapitre de l'autorisation d'installation des professionnels de santé sur le territoire.

La quantification, au-delà de la contrainte, la possibilité d'une ressource.

Pourtant, cette expérience laisse des traces et les représentants des kinésithérapeutes les plus confrontés aux limitations des zones sur-dotées s'interrogent alors sur le bien-fondé de cette cartographie. L'imposition de la logique du centre ne se fait pas sans réaction de la périphérie¹⁰³⁹ : si le cadre et la capacité des chiffres à réguler efficacement n'est pas remise en cause, apparaît alors une volonté de produire des données propres.

Au niveau du cas enquêté d'une URPS du sud de la France, cela se manifeste par le financement d'une étude par une géographe « *consultante, docteur en géographie et aménagement du territoire et spécialiste de l'accès aux soins* ». Le travail commandé a deux volets : d'une part une production cartographique alternative à celle de la DREES, cherchant à s'appuyer sur « *des indicateurs pertinents concernant le MK* » et les mettant en lien avec « *des indicateurs démographiques et de santé* :

¹⁰³⁶ Jean Marie Spaeth décrit de manière indigène la perte d'influence des syndicats dans la gestion de la CNAM. Jean-Marie SPAETH, « Les syndicats et l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, n° 18-1, 2008, p. 29.

¹⁰³⁷ Patrick Hassenteufel analyse cette étatisation sous l'angle comparatiste entre France et Allemagne. Il parle alors de gouvernement à distance (relations verticales, hiérarchisées et institutionnalisées) pour le cas français et non de gouvernementalité (et sa notion d'orientation des comportements par des processus de coordination) P. HASSENTEUFEL, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie », art. cit.

¹⁰³⁸ Notamment Jean Pierre Worms ou Pierre Grémion sur les analyses quant aux administrations préfectorales. Les préfets sont décrits comme gardiens de la lettre des décisions de l'Etat central et négociateurs quant à leur bonne exécution auprès des notables locaux. Ces analyses présentent des proximités avec les négociations entre directeurs de CPAM départementales (nommés directement par le directeur général de la CNAM) et les représentants des kinésithérapeutes pour analyser les cas de conventionnements dans les zones « surdotées ». Ici les contre-pouvoirs des notables locaux portent sur la « lettre » de la règle, c'est-à-dire les cas des dérogations ou remplacements d'un kinésithérapeute arrêtant son activité en zone « surdotée » et non sur le chiffre qui l'instaure (les zones ne sont pas négociables une fois délimitées). Une différence importante avec ces travaux historiques porte sur la dépendance des préfets aux notables (qui influencent notamment la réussite des carrières par leurs recommandations), alors que la dépendance des directeurs de CPAM aux représentants syndicaux (a minima des corporations faibles, comme pour ce terrain des kinésithérapeutes) semble réduite. Jean-Pierre WORMS, « Le préfet et ses notables », *Sociologie du travail*, 8-3, 1966, p. 249-275 ; P. GREMION, *Le pouvoir périphérique*, op. cit.

¹⁰³⁹ Les tentatives d'opposition des acteurs périphériques aux prescriptions imposées par le centre ne peuvent que rappeler les analyses historiques de Michel Crozier. Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 2014.

consommation de soin, vulnérabilité, densité et variation de population »¹⁰⁴⁰. Il s'agit alors de reconstruire une analyse quantitative en testant les indicateurs de manière à obtenir une cartographie plus à la main du groupe professionnel. La seconde partie de l'étude commandée, fait appel à la production de données « qualitatives », c'est-à-dire via « 20 à 25 entretiens » pour mettre en évidence le rôle du kinésithérapeute en termes « *d'accès aux soins non programmés, de dépistage de la fragilité, de promotion de la santé, d'accès à l'activité physique* ». Les représentants des kinésithérapeutes cherchent ainsi à mettre en évidence leur rôle propre, différent de celui d'exécutant thérapeutique du médecin. Ce rôle autonome est ainsi imprévisible, s'adaptant aux différents cas rencontrés et, à ce titre, peu réductible à une classification rigide. D'autre part, même en cas de classification, celle-ci doit être faite selon les critères des kinésithérapeutes, c'est-à-dire en fonction de critères de « vulnérabilité » des populations plutôt que d'actes constatés. Si les résultats de ces travaux¹⁰⁴¹ ne sont pas encore connus, il n'en demeure pas moins qu'ils signalent une volonté de ne pas laisser la construction de données aussi importantes pour l'exercice professionnel à la main des seules administrations.

La problématique professionnelle de perte de contrôle sur les impétrants n'est pas reprise par les agents administratifs. Conformément au mouvement général d'encadrement des professions de santé et de problématisation de leur répartition, celle-ci n'est considérée qu'au rang d'argument dans la mise en place de régulation plus fine à l'installation libérale. Cette régulation se fait par la mobilisation d'un outil comptable : la mesure du nombre de professionnels dans un environnement donné (distances géographiques, âge de la population). En fonction du constat du nombre moyen d'actes et d'acteurs, la politique promue par les agents administratifs est celle de la convergence vers la moyenne. La crainte professionnelle de la pléthore européenne est alors mise à contribution pour argumenter d'une limitation du nombre dans les cas de densités (raffinées en APL) trop supérieures à celle-ci. A l'inverse, à titre de compensation, des incitations financières sont mises en place dans les zones à densités trop inférieures à la moyenne pour y attirer les travailleurs. Cela montre une technicisation importante de la régulation démographique, où la statistique prend une part prépondérante. Aujourd'hui contrôlée par la DREES qui possède les compétences pour faire parler les chiffres selon ses procédés et ses buts, cette cartographie néglige cependant le travail réel des kinésithérapeutes, en partie autonomes et créateurs par eux-mêmes d'un besoin de santé. A l'image de l'analyse des Mouvements Généraux proposée au chapitre 1, les kinésithérapeutes, par leurs diagnostics, mettent le doigt sur la pathologie et augmentent la demande de traitement. Leur autonomie les conduit dans le même temps à raffiner et diversifier les traitements qu'ils proposent, souvent indépendamment de la corporation médicale (bien qu'en conservant son modèle de preuve légitime comme il sera montré au chapitre 4). Pourtant, à l'image des

¹⁰⁴⁰ L'analyse de la production de données contradictoires s'appuie sur mes observations ethnographiques au sein d'une URPS de sud de la France et mon accès aux devis et relevés de décisions prises.

¹⁰⁴¹ D'autres travaux existent, comme ceux, à un niveau plus national, de la FFMKR, qui de manière similaire essaie de construire des données contradictoires à celles de la DREES.

infirmières, ils sont considérés comme des exécutants passifs aisément réductibles à une somme d'actes quantifiables. Sur le terrain, les mesures de limitation du nombre dans les zones « sur-dotées » se heurtent alors à des constats de difficulté à répondre à des besoins, sans doute grandissants, en termes de soins moteurs. Cette tension entre prétention administrative d'encadrement et réalité du travail pousse aujourd'hui les représentants des kinésithérapeutes à la production de plus en plus raffinée de données sur leur démographie et leur travail pour pouvoir s'armer face aux administrations. A défaut de contrôler la mise à l'agenda, ils espèrent ainsi pouvoir peser et amender les décisions à venir en leur faveur.

Conclusion du chapitre 3

Les représentants des kinésithérapeutes semblent pris en étau entre les représentés et les administrations. Du côté de représentés, les choix se font en fonction d'un éventail des possibles au sein des mandats perçus : la démographie plutôt favorable aux travailleurs leur permet de se détourner des « dirty-jobs » pour exercer dans le cadre de missions vécues comme plus gratifiantes¹⁰⁴². Le rôle des représentants semble alors de suivre les revendications des acteurs pour essayer d'obtenir des licences sur les actes nouveaux investis tout en limitant les pertes du côté des actes délaissés. Si les termes d'« actes refuges » ou de « nouveaux territoires »¹⁰⁴³ peuvent être convoqués pour expliquer ces mouvements, force est de constater qu'il s'agit moins d'actions concertées que de l'addition de comportements sociaux des acteurs. Pourtant les représentants tentent d'aiguiller ces comportements, comme le laisse percevoir l'analyse de la presse professionnelle. Mais ces velléités n'ont à leur disposition que fort peu d'outils, marquant par là une faiblesse du groupe professionnel. Celle-ci est d'autant plus visible qu'à l'inverse, pour les médecins, Jacques Monet montre des instruments efficaces de régulation du territoire professionnel : les doyens de faculté de médecine du début du XXème siècle s'opposent ainsi à l'instauration de la kinésithérapie comme spécialité médicale, malgré le souhait de certains acteurs. Ces choix conduisent alors au déclassement progressif de la spécialité finalement confiée à des auxiliaires. Ce sont, là encore, des représentants des médecins qui dirigeront ces écoles et participeront à l'agrément des diplômes, donc à la délégation institutionnalisée du « dirty job ». Même s'ils tentent d'orienter les comportements par des canaux de communication à leur main (les revues professionnelles notamment),

¹⁰⁴² Ces missions plus gratifiantes se retrouvent plus facilement dans les territoires urbains où le processus de spécialisation (chapitre 1), de rapprochement des lieux de savoirs légitimes (CHU, universités) et où se trouvent les clientèles les plus légitimes (cadres supérieurs notamment, mieux à même de percevoir la complexité et de valoriser le travail produit que les clientèles dominées, voire chapitre 2). Dans le même temps, ces territoires attractifs sont les lieux où les concurrences entre acteurs peuvent se faire le plus sentir. Cela peut participer à comprendre les tensions autour du contrôle démographique tout autant que l'acceptation des limitations à l'installation de la CNAM.

¹⁰⁴³ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation, op. cit.*

les représentants des kinésithérapeutes ne montrent que peu d'instruments pour arbitrer ainsi entre légitime et illégitime¹⁰⁴⁴.

Un autre moyen d'améliorer la position sociale passe alors par le contrôle du nombre, à même de favoriser un environnement de moindre concurrence au sein du groupe et le délaissement de « dirty-job » au profit d'actes plus valorisés. Depuis les années 1980, les kinésithérapeutes ont obtenu, sur le modèle médical, le contrôle strict du nombre à l'entrée en formation. Cela laisse une grande marge de liberté aux acteurs professionnels pour ensuite se répartir et investir les soins qu'ils souhaitent, selon une logique de négociation avec les autres travailleurs de la santé (négociations cependant déséquilibrées au profit des médecins). Pourtant les kinésithérapeutes n'ont pas une place identique au sein des différents états de l'Union Européenne. Cette hétérogénéité conduit à des failles dans la clôture du groupe : les pays à nuances de professionnalisme plus faibles (voire chapitre 1, pays aux marchés du travail difficile, aux formations peu sélectives, où les reconnaissances et protections du diplôme sont plus faibles) forment des impétrants à même de rejoindre le groupe français. Face à des flux devenus très importants, les kinésithérapeutes se tournent vers les administrations pour négocier une nouvelle clôture du groupe. Ces demandes arrivent dans un moment où la préoccupation porte plus sur la répartition que sur le nombre total. La faiblesse des institutions de la kinésithérapie se traduit alors par leur soumission à cette problématique et au retournement de leur problème de clôture du nombre comme simple argument pour parvenir à des mesures concernant la répartition. Désarmés face à la place prise dans les politiques publiques par la mesure et son interprétation, les kinésithérapeutes se voient imposer un *numerus clausus* localisé au conventionnement en plus du *numerus clausus* à la formation déficient. Si quelques éléments montrent des tentatives d'opposition (limitation du territoire concerné par la coercition, tentatives de production de données contradictoires), les institutions de la kinésithérapie (ici les syndicats) se présentent comme fragiles face à la logique administrative¹⁰⁴⁵. Les kinésithérapeutes montrent un travail prudentiel, s'adaptant au cas singulier, mais encore trop invisibilisé pour s'opposer à la logique de technicisation et catégorisation, nécessaire aux quantifications des secteurs à administrer.

¹⁰⁴⁴ Cette comparaison ne relève cependant pas seulement de la différence de pouvoir entre deux groupes professionnels distincts, mais aussi d'une évolution temporelle : les mécanismes qui ont permis aux médecins de s'imposer comme profession sont ancrés dans des temporalités précises (L'Etat- nation et les frontières étaient par exemple des marqueurs puissants). Les représentants des kinésithérapeutes sont aujourd'hui dans un contexte fort différent des représentants médicaux de la fin du XIXème siècle.

¹⁰⁴⁵ En cela ils rejoignent des résultats d'enquêtes sur les organisations infirmières où la faible efficacité des moyens d'action est pointée. P. CLARK et D. CLARK, « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », art. cit.

Chapitre 4 : La recherche kinésithérapique, une soumission à l’approche biomédicale qui ne permet pas une émancipation de la tutelle médicale.

Introduction au chapitre 4

Si le dénombrement des kinésithérapeutes est un moyen pour l’administration de la santé de procéder à une incursion dans l’organisation professionnelle du secteur, cela ne répond ni aux questions d’estimation du besoin de soin d’une part (au sens de besoin des patients) ni à celles des contenus de l’offre de soin d’autre part (au sens de ce que font ces acteurs dénombrés). Or ces notions hautement qualitatives sont de nature à modifier les relations, les pratiques et les représentations qui sont au principe des rapports sociaux et des politiques qui en découlent. Comme nous l’avons vu, l’administration s’appuie surtout sur des délimitations inter-corporations de nature légale pour son organisation alors que les kinésithérapeutes constatent et mobilisent dans leur travail des évolutions permanentes des demandes, des pratiques et des domaines du soin. Ces glissements, dans le partage du travail entre acteurs, sont progressifs et en grande partie invisibles pour les administrations : les bilans moteurs basés sur l’analyse des « Mouvements Généraux » vus au chapitre 1 se font dans les marges de liberté permises par l’organisation institutionnelle du travail. A l’hôpital, ces marges de manœuvres dépendent d’une bienveillance médicale et de la possibilité de contourner les contrôles administratifs hospitaliers (le cas d’Elodie en réanimation néonatale qui tente de coder les actes attendus). En libéral, ces marges de manœuvre dépendent là encore de la profession médicale qui délègue la problématique motrice (les demandes de bilans moteurs des pédiatres auprès des kinésithérapeutes du cabinet libéral enquêté) et d’un contrôle administratif des CPAM distant (la formulation de l’ordonnance médicale permet bien de coter un acte dans une nomenclature suffisamment large et interprétable). Ces nouveaux domaines d’activité, tout comme la défense du travail existant, sont alors l’objet d’un travail militant visant à accréditer les pratiques (le cas de la bronchiolite sera étudié dans ce chapitre). Un mouvement général est en cours où la tutelle médicale ne suffit plus pour réserver le travail : l’autonomie progressive des kinésithérapeutes leur impose de justifier leurs pratiques par eux-mêmes, face aux administrations et à leur démarche continue de rationalisation ou face aux prétentions concurrentielles de groupes professionnels proches (dans une logique d’écologie en perpétuel mouvement proche du modèle d’Andrew Abbott¹⁰⁴⁶). Si les représentants syndicaux étudiés au chapitre 3 jouent un rôle dans le processus (dans le cas de la défense du travail en établissement thermal), d’autres militants deviennent

¹⁰⁴⁶ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

incontournables dans la société contemporaine¹⁰⁴⁷ : les producteurs d'arguments scientifiques¹⁰⁴⁸. Il s'agit, pour des kinésithérapeutes, de produire de la recherche sur leurs pratiques. Pourtant l'accès à cette recherche nécessite une légitimité, un encadrement, des financements et un cadre conceptuel à mobiliser parmi les possibles. Se pose alors la question des conditions de mise en œuvre d'une recherche scientifique pour les kinésithérapeutes, ainsi que des effets sur leur activité.

Les logiques d'entrée des kinésithérapeutes dans le processus de recherche académique seront ainsi analysées. Il s'agit ici d'un changement : jusqu'au tournant des années 2000, la défense et l'innovation dans les pratiques étaient essentiellement portées par les cadres de santé kinésithérapeutes. Ils inculquaient les pratiques légitimes ou les pistes à explorer aux étudiants d'IFMK sous la tutelle d'un médecin directeur, tandis que les cadres travaillant dans les services hospitaliers participaient¹⁰⁴⁹ aux projets de recherche menés notamment par les médecins MPR. Or le désintérêt pour la « filière cadre », progressivement accaparée par les infirmières, l'affaiblissement de la tutelle médicale et un début d'accès à l'université vont ouvrir la voie à de nouveaux profils réformateurs : des kinésithérapeutes universitaires. Des acteurs vont pouvoir investir des cursus universitaires considérés comme suffisamment proches pour leur offrir des passerelles : STAPS dans un premier temps et médecine par la suite. Ces orientations disciplinaires ont alors des conséquences proprement politiques : la logique de la preuve légitime est ainsi modelée selon un modèle d'abord biomédical¹⁰⁵⁰, qui laisse leurs actes à la merci d'analyses contradictoires de la part de la profession dominante du champ médical. L'autonomisation de la kinésithérapie par la science reste ainsi sous l'œil du médecin.

Section 1 : Le développement de la recherche en kinésithérapie s'inscrit dans le cadre des changements dans l'enseignement supérieur

¹⁰⁴⁷ Plusieurs auteurs analysent la montée du rôle de la science : il s'agit d'un climat général dans le débat public pour Ulrich Beck et d'une politique consubstantielle à l'Etat pour James Scott. Ted Porter, quant à lui, fait le lien entre le rôle public de la production scientifique et son évolution vers plus de quantification et une exigence d'objectivité mécanique. J. C. SCOTT, *Seeing like a state, op. cit* ; Theodore M PORTER, *Trust in Numbers : The pursuit of objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press., Princeton, 1995 ; U. BECK, *La société du risque, op. cit.*

¹⁰⁴⁸ Sur le rôle politique de la science, il est possible de se rapporter à une conférence de Pierre Bourdieu à l'INRA, retranscrite aux éditions Quae. : Pierre BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science: pour une sociologie clinique du champ scientifique une conférence-débat*, Nouvelle éd., Versailles, Éditions Quae, 2018.

¹⁰⁴⁹ Cette « participation » a longtemps été plutôt une mise en application des propositions novatrices des médecins chefs de service. Il sera montré dans ce chapitre que c'est justement ces contacts qui ont permis à des pionniers d'investir l'Université.

¹⁰⁵⁰ C'est-à-dire un modèle où l'explication de la pathologie et du traitement est d'abord pensée sur le modèle biologique : il s'agit d'appliquer les principes des sciences naturelles aux évaluations des pratiques cliniques. La biomédecine est évolutive mais accorde une part de plus en plus grande aux essais cliniques et au poids du nombre et du hasard comme instruments d'objectivité. Voire notamment le tournant collectif que cette façon de faire science par le nombre implique : Pascale BOURRET et Philippe LE MOIGNE, « Essais cliniques, production de la preuve et mutations de la biomédecine », *Sciences Sociales et Santé*, 32-3, 2014, p. 5-11. A noter qu'Alberto Cambrosio et Peter Keating soulignent que cet assemblage entre biologie et clinique n'est pas unidirectionnel, et que la médecine contribue à alimenter les connaissances biologiques. Cambrosio ALBERTO et Keating PETER, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », *médecine/sciences*, 19, 2003, p. 1280-1287.

L'accès à la recherche kinésithérapique est un processus d'action publique mettant en jeu plusieurs acteurs. Du côté du groupe professionnel, les enseignants et les directeurs d'IFMK sont aux premières loges de ces changements, sans forcément être en première ligne de la revendication. Si des réformateurs tentent de se rapprocher de l'Université en tant qu'espace légitime de production des connaissances, d'autres acteurs craignent une absorption et une perte d'autonomie de leurs instituts. C'est alors plus du côté des représentants professionnels, ici plus du côté de l'Ordre que des syndicats, qu'une mobilisation se fait en faveur à la fois d'une universitarisation générale de la formation mais aussi d'une création d'une filière de recherche. Ils seront confrontés aux acteurs administratifs qui, notamment au ministère de la Santé, sont réticents au changement, pour ne pas déstabiliser un champ médical très finement hiérarchisé et afin d'éviter l'apparition de nouvelles revendications salariales en cas d'allongement de la formation. L'institutionnalisation d'une universitarisation de la kinésithérapie sera donc analysée sous l'angle de la négociation entre acteurs intermédiaires de la kinésithérapie et acteurs de tutelle (agents des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur).

a) La tutelle de la Santé sur les instituts de formation : un milieu conservateur où s'imposent pourtant des réformateurs.

La formation des travailleurs de la santé en France connaît historiquement une division remarquable entre des professionnels formés à l'Université (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) et des auxiliaires formés dans des écoles de santé (infirmières, kinésithérapeutes, sage-femmes). Cette division se traduit aussi par une relation institutionnelle différente à la recherche : les facultés de médecine sont des lieux de production de recherche tandis que les écoles de santé sont des lieux d'apprentissage de savoir-faire accrédités par l'expérience de travail ou par des savoirs produits par les médecins. Pourtant, par-delà cette division théorique, les cadres kinésithérapeutes, qui enseignent historiquement¹⁰⁵¹ aux impétrants dans les écoles, bénéficient jusqu'en 1995 d'une formation spécifique, distincte des infirmières. Se forme alors un esprit de corps favorable à la gestation d'idées neuves pour promouvoir la discipline : les mémoires de l'école des cadres kinésithérapeutes sont des premières sensibilisations à la recherche. Un intérêt se manifeste alors pour l'Université, vue comme lieu de production de savoir légitime, notamment via des composantes proches : la STAPS ou la médecine. Dans le même temps, la fin des cadres kinésithérapeutes et la refonte de ce corps au sein des « cadres de santé » pluriprofessionnels et à rôle essentiellement managérial¹⁰⁵² favorise le processus. Des réformateurs

¹⁰⁵¹ C'est en 1973 que le diplôme de moniteur cadre kinésithérapeute devient nécessaire pour enseigner dans ces écoles.

¹⁰⁵² Isabelle FERONI et Anémone KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p. 469.

s'imposent et tentent de rapprocher leurs écoles de l'Université et de s'entourer d'un corps enseignant producteur de recherche scientifique.

L'école des auxiliaires et le changement : la spécificité kinésithérapique niée par les réformes des cadres (infirmières)

A l'image des infirmières, les formations de kinésithérapeutes se sont historiquement faites dans des écoles de santé, formant aux savoirs et savoir-faire délégués par les médecins¹⁰⁵³. En France cette organisation perdure jusqu'à aujourd'hui avec des encadrants majoritairement « formateurs »¹⁰⁵⁴ plus qu'« enseignants-chercheurs ». Leur statut, officiellement sans composante recherche, s'explique par la domination médicale : les gains d'autonomie n'empêchent pas que l'origine des savoirs transmis provient de la médecine. Il faut d'abord comprendre les maladies pour pouvoir proposer un traitement physique. Il y a donc une dépendance à la sémiologie et à l'explication médicale des phénomènes. Cette dépendance fait que des médecins sont toujours présents dans les IFMK, souvent chargés de ces cours sur les pathologies¹⁰⁵⁵. Si une partie des enseignements reste assurée par la corporation dominante, la majorité de ceux-ci sont toutefois réalisés par des kinésithérapeutes-formateurs, historiquement formés dans des écoles des cadres. C'est cette construction dans le temps de l'encadrement de la formation qui explique l'ambiguïté actuelle sur la place de la recherche en IFMK. La majorité du personnel actuel reste préparée à l'enseignement sous ce type de rapport hiérarchique, incorporé à l'école de cadres : Thérèse Perez-Roux a ainsi retrouvé 94% de cadres de santé dans ses répondants à son enquête de 2018 sur l'enseignement de la kinésithérapie¹⁰⁵⁶. Dans le même temps, une frange de réformateurs s'est emparée des réformes d'universitarisation pour proposer des organisations alternatives.

Jusqu'en 1995, les écoles des moniteurs cadres étaient distinguées par corporations. Ainsi les kinésithérapeutes disposaient de 3 écoles, préparant spécifiquement au monitorat-cadre en kinésithérapie¹⁰⁵⁷. Deux voies étaient possibles à l'issue de la diplomation : l'encadrement d'un service

¹⁰⁵³ En Belgique le système a été historiquement bicéphale, avec les hautes écoles sur ce modèle, mais 3 universités francophones très tôt tournées vers la recherche. En Grande Bretagne, bien que ce modèle d'école soit en partie applicable, il a très tôt été lié à l'université.

¹⁰⁵⁴ Ces « formateurs » étaient jusqu'en 2009 obligatoirement cadres de santé. Devant les difficultés de recrutement, ce titre hospitalier n'est plus obligatoire et peut être remplacé par un titre universitaire de niveau master. Le travail consiste à enseigner directement et à coordonner des vacataires extérieurs spécialisés, sans temps prévu pour un travail de recherche. Le statut reste ainsi pensé dans une optique de transmission de gestes et techniques, ce qui entre en contradiction avec les velléités réformatrices étudiées dans ce chapitre et le chapitre 6.

¹⁰⁵⁵ Il s'agit des spécialités médicales adressant une grande partie de leurs patients aux kinésithérapeutes : MPR, rhumatologie, neurologie ou chirurgie orthopédique.

¹⁰⁵⁶ Thérèse PEREZ-ROUX, Eric MALEYROT, Charlotte POURCELOT, Frederic ROUVIERE et Bruno BOUSSAGOL, « Réforme de la formation en école de Masso-kinésithérapie : quels modes de réception par les formateurs? », *Education et socialisation [En ligne]*, 50, 2018.

¹⁰⁵⁷ Ces trois écoles des cadres constituaient une forme « hospitalière » de réflexion sur les pratiques : en témoigne la grande quantité de mémoires répertoriés dans une base de données « kinésithérapiques », kinedoc. Michel

de rééducation hospitalier, sous les ordres d'un médecin rééducateur (devenu MPR), ou l'encadrement de la formation en IFMK (souvent sous la direction d'un médecin jusqu'aux années 2000).

Ces formations permettaient un maintien des hiérarchies incorporées : les cadres servaient à former ou à organiser les personnels au service des médecins. Cependant, le regroupement de kinésithérapeutes en attente de déplacements sociaux (quitter la pratique pour devenir cadre) au sein de mêmes lieux avaient d'autres conséquences comme la création d'un esprit de corps, des revendications de meilleure reconnaissance, d'autonomisation, bref l'apparition d'une certaine « élite »¹⁰⁵⁸ kinésithérapique.

La formation de cadre préparait donc à deux missions distinctes, la gestion de service et la formation, avec une hiérarchie informelle qui tendait à assigner d'abord ces personnels aux tâches d'encadrement hospitalier avant d'obtenir une place en IFMK.

«- [Je travaillais] en salarié, pour allier l'enseignement et l'encadrement, donc avoir un poste. A l'époque j'étais surveillant de services médicaux, c'était comme ça que ça s'appelait, avant de devenir cadre de santé. [...] Et donc j'ai eu mon poste [de cadre] en 92, j'ai fait une demande ici [à l'IFMK], pour rentrer comme vacataire, donc je suis rentré, j'avais une vacation par semaine, je venais faire une matinée par semaine. [...] [le reste du temps j'étais au] Centre gérontologique départemental, qui est une grosse structure gériatrique où il y a l'hôpital hein avec du cours séjour, des soins de suite de longue durée, toute la filière Alzheimer enfin... L'hôpital de jour enfin tout ça. Ensuite [...] en 2000 je suis passé à mi-temps responsable de la scolarité [...] J'ai fait un certain nombre d'années en tant que... Encadrement d'équipe et voilà j'en ai fait le tour et c'est compliqué. C'est compliqué. J'avais des kinés bien sûr mais aussi des ergo[thérapeutes], des brancardiers, des ASH [aides-soignants] enfin... C'était... J'en avais un petit peu assez de l'encadrement. La gestion des ressources humaines est compliquée. Je dis pas que la gestion étudiante n'est pas compliquée mais c'est pas du tout la même chose. Et puis c'est vrai que l'enseignement m'a toujours plu. J'ai fait en fait l'école des cadres avec une petite visée formation. Donc mon prédécesseur, en 2000, a négocié avec le doyen de l'époque qui était monsieur B, qui est maintenant président [de l'université locale]. Qui était doyen de médecine [et qui a validé son transfert à l'école]. »

Entretien avec un directeur d'IFMK public de province à quelques années de la retraite, 26/02/2019

« [ces 3 écoles de moniteur-cadre] faisaient qu'il y avait un corps de gens qui se connaissaient et qui travaillent ensemble... Moi j'avais ici 12 profs qui sortaient de l'[une d'elle], on se connaissait tous... Quand j'avais été prof à [cette même école de moniteur-cadre]... C'est fondamental. »

Entretien avec un directeur d'IFMK privé parisien, âge de la retraite dépassée mais toujours en poste, 03/10/2019.

GEDDA, Paul LYONNAZ, Aymeric LE NEINDRE, Matthieu GUEMANN et Aude QUESNOT, « Diffusion gratuite des mémoires cadres de « Bois-Larris » dans kinedoc.org », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-159, 2015, p. 49-64.

¹⁰⁵⁸ La notion d'élite est fréquemment associée à la notion de pouvoir. Ici le terme est mobilisé plutôt pour signaler la notion de détachement partiel du reste du groupe associé à la volonté d'influer sur celui-ci. Anémone Kober-Smith et Isabelle Feroni mobilisent cette terminologie d'une manière similaire à propos des cadres de santé infirmières : « ce processus [d'accès à des positions de cadres infirmières] aboutirait à la formation d'une élite, revendiquant pour l'ensemble de la profession une plus grande autonomie, tant sur le contrôle de l'activité soignante, l'organisation interne de la profession que sur la production de savoirs » I. FERONI et A. KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers », art. cit.

Ainsi, jusqu'au tournant des années 2000, l'accès à un poste de formateur passe par l'exercice salarié et le diplôme de cadre. Ce dernier permet d'accumuler un capital social par la rencontre avec d'autres aspirants enseignants, mais aussi avec les formateurs de ces écoles des cadres, souvent directeurs des IFMK.

A partir de 1995, la réforme des formations de cadres de santé provoque le remplacement des cadres de spécialité (cadres infirmiers, moniteurs cadres kinésithérapeutes) par des cadres de santé pluridisciplinaires. Or, en plus d'un titre commun, cette réforme entraîne la mutualisation des formations. A ce titre les aspirants cadres kinésithérapeutes se retrouvent mélangés aux autres acteurs paramédicaux au sein des nouvelles moutures de ces écoles des cadres. Ce rassemblement fait voler en éclat la dynamique de groupe si importante dans la formation historique. Les infirmières y sont hégémoniques, marginalisant les autres groupes paramédicaux¹⁰⁵⁹. Des kinésithérapeutes se tournent alors progressivement vers d'autres filières pour obtenir une légitimité à former leurs pairs.

L'école des cadres M, le passage du monitorat cadre au master d'université.

Jusqu'en 1995 l'école des moniteurs-cadres M est l'un des bastions français de l'encadrement de la kinésithérapie. C'est la seule école de province à proposer le monitorat cadre de masso-kinésithérapie. Cette école est liée à l'IFMK local, sous statut privé associatif. Ce statut cache un contrôle médical, des mandarins locaux ont eu recours à cette organisation pour éviter de rendre des comptes à leurs confrères du CHU ou à la puissance publique. Le conseil d'administration est ainsi principalement constitué de chirurgiens orthopédistes et des médecins rééducateurs (futurs MPR), spécialités intéressées à avoir du personnel de rééducation formé à leur main.

En 1995, avec la réforme créant les cadres de santé¹⁰⁶⁰, la notion d'encadrement d'un métier disparaît : « *La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle* »¹⁰⁶¹. L'encadrement devient managérial, il n'est plus là pour favoriser l'émergence d'une culture professionnelle, encadrer et promouvoir l'activité, voire initier une démarche de recherche ou de mise en commun des pratiques. Il est là pour gérer la « ressource humaine ». La dénégation d'un statut professionnel par l'administration est là encore soulignée : les personnels sont interchangeables et leurs encadrants n'ont pas besoin d'être au fait de leurs particularités. Les personnels sont des simples exécutants, qui nécessitent des managers uniquement pour contrôler leur bonne productivité horaire. Ces derniers sont d'ailleurs eux-mêmes interchangeables.

L'école des cadres kinésithérapeutes M ne disparaît pas immédiatement. Pendant 10 ans, co-existent dans la ville l'école des cadres du CHU, qui forme historiquement les cadres de santé issus des rangs

¹⁰⁵⁹ Il est à noter que les infirmières étaient aussi réticentes à cette idée de cadres de santé pluriprofessionnels et qu'elles ont aussi ressenti une perte d'identité dans ce passage du « cadre infirmier » au « cadre de santé ». La perte d'identité professionnelle est présente dans le titre lui-même qui détache ce corps de cadre de leur groupe professionnel initial. *Ibid.*

¹⁰⁶⁰ Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

¹⁰⁶¹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

infirmiers, et l'école des cadres M, privée et liée à l'IFMK, qui forme les cadres de santé rééducateurs. En 2005, l'école, moribonde, finit par fermer : les écoles des cadres d'origines infirmières ont progressivement obtenu l'agrément pour recevoir des rééducateurs. Les structures du sud de la France envoient alors leurs prétendants dans les écoles des cadres locales plutôt qu'à l'école M. L'école des « mandarins » de la rééducation disparaît au profit de l'école du CHU. L'école du CHU de la ville obtient l'agrément pour les rééducateurs mais n'aura jamais un grand succès, comme le donne à voir le peu d'admis durant la période récente :

Année	Nombre d'étudiants cadres d'origine kinésithérapeutes (3 places au concours)
2014	2
2015	0
2016	0
2017	1
2018	1
2019	1
2020	0

Tableau 19 : décompte du nombre de kinésithérapeutes dans l'école des cadres du CHU s'étant substituée à l'école M.

A titre de comparaison, en 2020 (dossiers d'admissions en février, donc avant la crise covid) l'école des cadres du CHU voit ainsi ses 35 places infirmières occupées (avec une liste d'attente de 44 places) alors que les 3 places attribuées aux candidats kinésithérapeutes sont non attribuées, faute de candidats.

Pourtant, les encadrants du monitorat cadre kinésithérapeute ne disparaissent pas tous dans la nature. Un kinésithérapeute titulaire d'un doctorat obtient un poste de maître de conférences à l'Université locale, en sciences de l'éducation. Associé avec l'un des cadres de l'école M (titulaire d'un DEA), ils ouvrent, sous couvert universitaire, un master professionnel accessible sur Validation des Acquis Professionnels. Les kinésithérapeutes y seront longtemps quasi hégémoniques, formant une sorte de formation des cadres bis. L'intitulé du master « Responsable d'Ingénierie des Systèmes d'Organisation » et sa présentation montrent bien la filiation historique : « *C'est une **formation universitaire par alternance**. Elle oriente l'apprentissage du **professionnel** vers la problématisation à partir de **références scientifiques** par des méthodes et des modèles d'analyses dans les champs des pratiques sociales liées à l'éducation, à la communication, à la formation, à l'évaluation, au management, au soin et à la santé.* » Les fondamentaux du moniteur cadre kinésithérapeute y transparaissent toujours avec la double mission d'encadrement (des services) et de formation.

Les kinésithérapeutes désertent le diplôme de cadre de santé ainsi que le montre le cas de l'école du CHU qui a supplanté l'école des moniteurs cadres M : il n'y a pas d'admis car pas de candidats. Le métier est avant tout libéral et l'encadrement salarial ne conservait un sens que tant que la particularité des kinésithérapeutes était reconnue : les kinésithérapeutes se formaient à encadrer leurs confrères ou leurs étudiants. La formation se faisait entre membres de la corporation pour encadrer la corporation. La fin de cette particularité, le changement de la mission vers une carrière administrato-managériale et la mainmise de la corporation infirmière sur le titre de cadre de santé (et sa progression hiérarchique : la direction des soins) ont provoqué la fermeture de cette voie. Les kinésithérapeutes ne se reconnaissent pas dans le corps infirmier et ne visent pas l'encadrement de ce groupe professionnel. Les formations délivrées à l'école des cadres se font dorénavant sous le contrôle infirmier, au sein de promotions essentiellement infirmières. Si, de ce fait, une culture infirmière continue sans doute à être transmise,

l'esprit de corps propre à la kinésithérapie n'existe plus dans ces formations et les acteurs s'en détournent. En 2009, cette pénurie de cadres kinésithérapeutes est actée et l'encadrement des IFMK est ouvert aux non cadres, sous condition de diplôme de master¹⁰⁶². L'accès à l'enseignement et à une forme d'élite professionnelle se fait alors par une nouvelle voie de substitution : l'Université.

Ces modifications importantes des cursus de formateurs en kinésithérapie expliquent une lutte entre conservateurs, issus des voies cadres de santé-direction de soin, et réformateurs, à trajectoires universitaires. Bien que tous s'accordent sur l'inéluctabilité du changement, cela n'empêche pas les conservateurs de faire valoir leur rôle de gardien d'une identité qui serait diluée par l'absorption universitaire.

« Le problème c'est que moi j'ai une prof d'anatomie qui est arrivée MCU [maitre de conférences, non professionnelle de santé] il y a deux ans, trois ans. [...] [ça fait] perdre la main sur ce qu'on faisait nous en anatomie avant, que j'ai connu, qui était très ciblé, avec des gens qui voyaient bien le lien avec la cinésio [étude du mouvement humain en vue de comprendre les pathologies liées]. Alors que là c'est complètement compartimenté, il y a un risque effectivement de perdre la main sur la construction de ce qu'on attend, et ça c'est évident. On l'a perdu [...] Et moi personnellement, mon point de vue c'est qu'on y perd beaucoup en termes d'acquisitions du socle de base fondamental parce que l'apprentissage n'est pas le même [...] Ce qu'on sait, c'est que le doyen de médecine qui a... œuvré pour qu'on rattache l'[IFMK] à la partie médicale de la fac va prendre la main et a un projet de création avec des gens déjà ciblés pour les postes de MCU kiné. Qui ont des doctorats.

-Parce qu'il connaît des kinés qui ont des doctorats dans la région ?

-Et qu'il fait de la recherche avec. Et ce sont des enseignants de chez nous.

-D'accord

-Donc il y en a déjà plusieurs qui sont ciblés et je le sais. Je les connais. Ça se dit pas ici dans les couloirs mais moi je sais qui c'est et quels sont leurs projets. Moi je suis pas l'avenir de l'école. Très clairement dans 6 ans je suis pas là. »

Entretien avec le directeur pédagogique d'un IFMK public rattaché à une université, formé à l'école des cadres l'année de la réforme de 1995. Entre 50 et 60 ans. Entretien du 14/11/2018 (il sera effectivement remplacé à son poste par un universitaire fin 2021).

La présence de ces conservateurs explique que les IFMK ne soient pas le moteur principal de la recherche en kinésithérapie. A côté de cette logique de conservation d'une formation au plus près du monde professionnel (et de ses encadrants légitimes, les cadres de santé) se pose la question du statut personnel de chacun. Or, des directeurs cadres, notamment dans les écoles privées, ont organisé leur travail sur le modèle de celui des médecins directeurs les ayant précédés. Ils décident souverainement des enseignants qu'ils embauchent, sont les seuls à représenter leur IFMK (il n'y a pas de syndicat d'enseignant mais un syndicat de directeur, le SNIFMK¹⁰⁶³, qui représente les intérêts des structures de formation en kinésithérapie) et disposent de salaires parfois importants¹⁰⁶⁴. Ils ont donc fortement à

¹⁰⁶² Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation

¹⁰⁶³ « Le syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie a pour mission de représenter les directeurs (masseur-kinésithérapeutes) des instituts de formations préparant les étudiants au diplôme de masseur-kinésithérapeutes » <http://snifmk.com/index.php/le-syndicat/> page active le 31 Mars 2021

¹⁰⁶⁴ Les chiffres indigènes, qui n'ont pas été confirmés par les intéressés, parlent de rémunération allant jusqu'à 10 000 euros bruts mensuels pour des directeurs d'IFMK privés parisiens. En mars 2021, une annonce pour le

perdre à l'universitarisation de leurs instituts et leur dilution dans l'université¹⁰⁶⁵. Ces tensions sont d'ailleurs pointées par le président du SNIFMK, directeur cadre de santé proche de la retraite d'un institut privé non lucratif de province :

« Enquêteur : Est ce qu'il y a une cohésion des directeurs d'IFMK sur ce sujet [L'universitarisation] ?

Président SNIFMK : [...] Il faut en fait partir des différents [statuts d'] IFMK, c'est un premier point. Donc on a parlé beaucoup de « public non lucratif ». On a évoqué les « universitaires ». On a pas du tout parlé des « privés à but lucratif ». [...] [Le directeur M] c'est simple, quand je parlais tout à l'heure du « privé à but non lucratif à finalité lucrative » c'est [le directeur M], c'est clair. C'est à dire qu'il a poussé notre système à fond avec des valeurs, il faut que ça rentabilise, c'est pas plus compliqué que ça. [...] Une fois qu'on a vu les différents IFMK, et accessoirement derrière les coûts de ces formations, il faut regarder le statut des directeurs. Bon... Et là ça joue, c'est considérable les motifs. [...] Si vous avez des directeurs qu'ont zéro diplôme, je comprends qu'ils soient extrêmement inquiets d'aller à l'université. Quand je dis zéro diplôme, moi avec mon petit master 2 j'ai absolument aucune valeur au sein de l'université bon. [...] Alors il y a ceux maintenant qui sont, qui viennent de Rennes [les directeurs de soin issus de l'EHESP]. Qui ont été formé dans le système de la... Tout ce qui est management hospitalier etc. [...] Ben eux évidemment l'université ils la voient très mal. »

Entretien avec le directeur du SNIFMK, IFMK privé de province, 21/02/2019

Ces craintes pour leur position personnelle entrent alors en résonance avec une image de lourdeur administrative universitaire qui s'opposerait à la souplesse du fonctionnement des IFMK autonomes :

« Il y a aussi la connaissance de l'université hein [...] ses avantages mais surtout sa lourdeur administrative, parce que c'est quand même quelque chose hein. Je prends les logiciels par exemple, il y a un truc extraordinaire mais dramatique, extraordinaire parce qu'à tout moment on est capable de savoir quel cours dans quelle salle dans quelle structure, dans toute l'université [de sa ville], du Nord jusqu'au Sud de l'est jusqu'à l'Ouest. Mais en contrepartie, pour y arriver, il faut déjà en avoir envie et surtout pour programmer un cours c'est 48 heures minimum pour avoir une salle avec 4 interlocuteurs. Ici pour programmer une salle, un cours c'est 3 minutes avec 6 interlocuteurs potentiels donc ça tourne. Puis je pourrais vous donner plein d'autres choses derrière, je vous cause pas de l'administratif financier pour tenter de se faire payer à l'université... Ce qui est pas spécifique d'[ici], je fais des cours à Paris V, je crois que j'ai jamais... si j'ai dû être payé deux fois sur dix cours avec 5 papiers, une fois on m'a même demandé du fric parce que paraît-il on m'avait trop versé enfin c'est du grand n'importe quoi, donc ça la ligne budgétaire pour quelqu'un qui gère sa ligne budgétaire je prendrai un truc tout con, vous avez besoin d'une clé USB... Enfin c'est un mauvais exemple parce qu'à l'université il y a forcément un stock de clé USB quelque part, quoi que... mais dans un bureau j'ai besoin d'un paquet, c'est con mais ici ça se règle en 10 minutes sur internet, on paye et puis tac c'est réglé. On a besoin de plus de mémoire vive ou de je sais pas quoi c'est réglé en temps réel. Voilà. Et puis je pourrais vous donner une série d'exemples comme cela, qui fait que forcément quelqu'un qui gère au plus près et a de réelles inquiétudes d'être intégré à l'université ça c'est incontestable. »

Entretien avec le directeur du SNIFMK, IFMK privé de province, 21/02/2019

recrutement du directeur pédagogique de l'IFMK de Berck-sur-Mer, privé associatif, faisait état d'une proposition salariale de 60 000 euros annuels.

¹⁰⁶⁵ Pedro GONÇALVES, Christian FORNER et Sébastien COLSON, « L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK », *Kinésithérapie, la Revue*, 21-231, 2021, p. 12-21.

Cette crainte d'une perte de contrôle au sein d'une Université perçue sous son aspect de « machine bureaucratique » entre en résonance avec une crainte, plus généralement partagée par le groupe professionnel, de perte d'autonomie (récemment et partiellement acquise) devant la médecine déjà très implantée à l'Université.

« Vous avez quasiment pas parlé de l'université. L'université c'est quoi ? C'est un président d'université mais c'est surtout le doyen de médecine. Bon moi je commence à en voir une paire de doyens de médecine... Je peux vous dire que nous avons beaucoup de chance d'avoir le nôtre, le doyen [de sa ville] qui est beaucoup... Qui s'est beaucoup investi d'ailleurs dans la formation de kinés et avec qui on travaille en remarquable intelligence, c'est pas quelqu'un dont la seule finalité est d'absorber la kiné pour en faire un gros truc etc. Ce qui est pas le cas de tous les autres doyens hein.... Le vôtre je... Mettrais plus de bémols dans la sensation que j'ai eu... Peut-être à tort, j'en sais rien et puis ça me regarde pas, mais voilà donc c'est extrêmement hétérogène et ça, ça, joue aussi. Alors vous savez quand vous rajoutez tous ces éléments vous comprenez que les gens ont envie ou pas envie [...] Euh on suit avec beaucoup d'attention l'exemple de notre collègue d'[IFMK de province universitarisé sous l'impulsion de la faculté de médecine locale] qui va d'ailleurs nous présenter au mois de juillet la synthèse [un retour d'expérience sur sa fusion] mais de manière concrète, c'est quoi le fait qu'il ait été intégré à l'université. Alors il est clair que... Certainement il y a une petite idée derrière la tête parce qu'en plus il a pas eu trop le choix [le directeur n'a pu s'opposer à cette universitarisation], c'est quasiment un viol son système... Accessoirement lui a quasiment perdu un tiers de son salaire, mais ça c'est autre chose. »

Entretien avec le directeur du SNIFMK, IFMK privé de province, 21/02/2019

Alors que ce corps des cadres kinésithérapeutes a créé un groupe cherchant à s'autonomiser de la médecine, les velléités d'universitarisation peuvent engendrer la crainte d'un retour en arrière sous une tutelle médicale raffermissée. Ces différents facteurs (tutelle administrative, médicale, perte d'autonomie des écoles) expliquent que malgré la fermeture de la filière cadre de santé, les directions en place n'aient investies la possibilité de rapprochement universitaire qu'à petits pas.

Un tarissement de la filière cadre est indéniable en kinésithérapie. La perte de sentiment identitaire engendré par la mutation du corps des cadres de santé et le faible poids des kinésithérapeutes à l'hôpital expliquent en grande partie le phénomène. L'Université, qui dans le même temps se fait plus accessible (dispositifs VAE notamment), devient alors une filière de substitution comme espace de réflexion pour un groupe de kinésithérapeutes réformateurs (des éléments quant à leurs caractéristiques sociales sont esquissés au chapitre 6). Les directeurs cadres sont alors partagés face à ce phénomène : pour les plus conservateurs, certes les IFMK sont peu producteurs de recherche mais ils bénéficient d'une autonomie souhaitable en restant à l'écart de l'Université. Pour d'autres, à l'inverse, il est important d'encourager une recherche à même de valoriser le groupe professionnel. C'est ainsi que quelques directeurs cadres ont bien encouragé le processus d'universitarisation et ont ouvert la porte aux réformateurs universitaires. C'est le cas des acteurs de l'IFMK A qui fait figure de pionnier en la matière.

A la croisée des chemins entre hôpital et université, le cas de l'IFMK A

L'IFMK A n'est pas le seul cas d'universitarisation en France. D'autres IFMK ont été construits dès l'origine comme intégrés à l'Université ou ont été universitarisés à compter des années 2010 et des réformes d'universitarisation des formations paramédicales. Pourtant l'IFMK A fait figure de pionnier par la durée du processus, sa mise en visibilité au sein du groupe professionnel et son statut d'exemple dès le tournant des années 2000. En sus de ce rôle pionnier, ce cas est instructif quant à la transmission de cette orientation universitaire entre acteurs successifs et aux difficultés qu'ils ont eu à surmonter pour parvenir à une intégration statutaire au sein de l'université de la ville.

Dans les années 1990, l'IFMK A est dirigée par un moniteur cadre réputé, M. P. Celui-ci entretient des relations proches avec les autres enseignants influents dans son époque, ayant en commun un exercice d'abord hospitalier et la « montée en grade » socialisatrice de l'époque via le monitorat-cadre. Il co-écrit ainsi plusieurs ouvrages abondamment utilisés dans les IFMK (autour du diagnostic en kinésithérapie notamment, dès la fin des années 1990). L'IFMK A est hospitalier et, formé à ce fonctionnement administratif et doué d'une forte personnalité, ce directeur y jouit d'une grande autonomie. Les cadres de santé ne sont pas encore pluridisciplinaires et les IFMK et IFSI sont à statuts séparés. Ainsi, M. P choisit seul ses formateurs. Son appétence pour l'innovation dans l'enseignement le conduit à embaucher, parmi d'autres, deux enseignants prometteurs M. J et M. G.

M. G est le plus âgé des deux, diplômé de kinésithérapie en 1982 de l'école des cadres en 1985 après un exercice en grande partie salarié (neurologie, pédiatrie). Il a comme particularité d'être titulaire d'une licence de biologie, passée préalablement à l'école de kinésithérapie, fait connu du directeur qui l'a formé à l'IFMK A :

« Lorsque je suis arrivé à [l'IFMK A] la relation n'a pas été simple avec le directeur de l'époque qui était [M. P] qui... m'avait formé et qui donc attendait de moi que je sois dans le moule de ce qu'il avait fait. Or moi j'avais évolué et j'avais critiqué cette position-là. Donc on a tout de suite eu une relation, des relations assez tendues. Ça peut paraître se vanter mais en tout cas j'ai été celui avec lequel il a été le plus en conflit. Voilà les relations étaient les plus tendues. Il avait d'autres collègues qui étaient très pertinents vu que c'était [l'IFMK A], donc qui étaient très bien positionnés mais qui fonctionnaient bien dans son chemin à lui. Moi je remettais plus en cause les modalités d'enseignement, les modalités d'évaluation voilà donc du coup comme je mettais un peu le bazar il m'a confié la modalité, la responsabilité pédagogique des stages »
Entretien avec M. G, 23 Mai 2019

M. J est plus jeune, diplômé comme kinésithérapeute en 1986 puis comme cadre en 1992. Bien que d'origine parisienne, contrairement au local M. G, il s'est déjà fait remarquer par des articles dans les revues professionnelles de l'époque, ce qui attire l'attention du directeur qui l'embauche :

« [Je suis embauché à] l'IFMK à temps plein et [M. P] comme directeur qui était quand même un Monsieur on va dire. Avec un fort caractère et une bonne idée par contre, en tout cas des idées novatrices sur l'évolution de la profession, notamment par ses contacts internationaux très, très, clairement, plus la dynamique [de l'école des moniteurs-cadres kinésithérapeutes] de l'époque [...] Je connaissais [M. P] avec ses ouvrages et ses articles, donc très clairement je ne serais pas allé dans n'importe quel IFMK [...] On a parlé recherche, il m'a demandé ce que j'avais fait et j'avais fait des expériences avec [un « mandarin » hospitalier parisien] sur la mobilisation du rachis, enfin sur tout le repositionnement... Et du coup ça l'a probablement

[intéressé]... Il avait une idée que ça pouvait servir à quelque chose même si j'étais loin d'être expert en recherche »

Entretien avec M. J, 03 Avril 2019

Le directeur M. P mène son IFMK à la baguette mais est ouvert aux novateurs qu'il choisit. Avec la fin des monitorats cadres, son intérêt pour l'université comme support de réflexion et d'innovation se précise. Il pousse alors ses formateurs dans cette direction : il les invite d'une part à s'emparer des modèles étrangers (il demande à M. G d'organiser des échanges avec des formations de kinésithérapie écossaises et scandinaves qui sont en train de s'universitariser) et d'autre part à se rapprocher des filières universitaires françaises présentant des proximités avec la kinésithérapie :

M. G : « C'est-à-dire que l'école de kiné de Glasgow au départ c'était sur notre modèle [d'école hospitalière]. Mais dans les années 90 ils ont été intégrés à l'université avec l'obligation pour leurs profs de passer des doctorats. Upsala c'est pareil Upsala c'était des formations qui étaient... Des écoles qui étaient en parallèle de l'université mais qui ont dû ensuite... qui ont été absorbées et en fait tous les enseignants ont dû passer un doctorat [...]

Voilà et donc, nous, dans les années 99-2000, même avant, 98... Oui, dans ces eaux-là, on a commencé à rechercher des partenariats avec l'université, à vraiment intégrer l'université [...]
Et un jour, dans les années 98 99, l'UFR APS [Activité Physique et Sportive, devenue STAPS] [...] qui se confrontait à une problématique de niveau de ses étudiants que l'université lui critiquait. [Ils ont eu] surtout le reproche de manque de débouchés professionnels de leurs étudiants. Et comme ils développaient, ça commençait à Toulouse je crois et à Montpellier, comme ils commençaient à se développer l'activité physique adaptée, du coup eux ont développé, ont cherché à développer cette formation d'activité physique adaptée. Qui vivotait. Et du coup ce nouveau directeur [STAPS] a dit « et bien si on intègre les kinés à l'activité physique adaptée on est dans la même logique. Donc on crée une structure particulière dans laquelle il y aura les deux formations. Les deux formations avec des cours communs, avec des parcours, des parcours avec des cours communs et des enseignements spécifiques » [...] Petit à petit les étudiants arrivaient, passaient le diplôme traditionnel d'Etat, traditionnel tel qu'il était inscrit et en parallèle ils avaient les épreuves qui validaient leur maîtrise [en STAPS]... La maîtrise à l'université »

M. J : « [Arrivé à l'IFMK A], moi j'ai enchaîné sur une maîtrise en sciences de l'éduc. Puis après un DESS de management des politiques sociales. Et puis... Donc là un peu poussé par M. P qui l'avait fait, le même DESS et puis en fait c'est l'époque ou le partenariat avec l'université était en train de se négocier. Donc s'est posée la question de quelle était la thématique de thèse [...] M. P était dans le conseil en disant « c'est plus logique de le faire en STAPS que s'il y a des postes, vu qu'on sera inscrit dans l'UFR STAPS... Ça sera plus naturel avec une thèse sur une thématique proche des STAPS ». Et c'est comme ça que j'ai fait le doctorat en STAPS. De 1999 à 2004, j'étais en formation continue, validation d'une équivalence de DEA parce que c'était sur dossier [...] J'ai servi de gage pour M. P pour montrer la volonté de collaboration en faisant [...] que le proche collaborateur allait être étudiant en thèse du directeur de l'UFR STAPS, je pense que c'était une sorte de gage de volonté de collaboration et d'ouverture de la santé à l'UFR STAPS puisque c'était un peu donnant gagnant, le fait d'avoir un thésard kiné pour le directeur d'UFR était quand même une ouverture de porte sur l'accès aux patients. »

Bien que ces deux enseignants développent l'universitarisation dans la même école, ils le font par deux modalités différentes qui se retrouvent dans le développement de la recherche en kinésithérapie : le modèle de la kinésithérapie étrangère (« désirable » c'est-à-dire les modèles scandinaves ou anglo-saxons) pour M. G, qui noue des conventions et cherche à appliquer leurs recettes, et le modèle d'autres

filières universitaires françaises pour M. J (ici STAPS), qui cherche à s'y proposer comme interlocuteur légitime via l'obtention d'un doctorat. L'inspiration « cognitive », quant aux contenus des savoirs à privilégier est plutôt tirée des expériences étrangères, par contre le schéma institutionnel à adopter est lui négocié avec les composantes universitaires perçues comme proches.

Au début des années 2000, M. P a permis une liaison forte à l'université, mais son école reste hospitalière. Sa retraite arrivant, la question de sa succession se pose. Le choix entre M. J et M. G sera acté par le concours de directeur de soin, devenu nécessaire pour diriger ce type d'école publique¹⁰⁶⁶.

M. G : « je suis allé passer le concours [...] j'ai déposé le dossier, je me suis dit bon ma formation de DEA en sciences de l'éduc ça a dû me réactiver les neurones donc je dois pas être trop mauvais. Je vais me dire bon je vais lire « Le Monde », voilà. Et... à un moment je lis « Le Monde » et, je sais pas pourquoi, je me dis « tient ça serait un super sujet ». Et ça a été le sujet. Donc j'ai réussi à l'écrit de manière assez, un peu brillante, enfin avec une excellente note. Euh... Du coup, on a été admis à l'oral avec [M. J]. Euh... L'oral on était confronté, puisqu'on était les premiers kinés à passer un concours qui était réservé aux infirmiers [avant la réforme et l'instauration du titre pluridisciplinaire de directeur des soins, gérant les pôles hospitaliers comme les instituts de formation, les directeurs d'écoles de kinésithérapie passaient un concours propre]. Donc on avait vraiment des membres de jury qui étaient très infirmiers [...] Le premier concours... Ça a été 2002, moi j'ai passé le premier concours presque en free-lance voilà. Du coup on a été confronté... On a été assez malmené par les directeurs d'hôpitaux et puis tous les... Il y a, c'est un jury... de 6... Il y a médecins, 2-3 directeurs de soins qui là sont des infirmiers ; donc on était... Nous on venait en plus d'école donc on a été très allumés sur notre absence de vision de l'hôpital [...] Donc du coup moi je me suis fait allumer à l'oral. Mais comme j'avais eu une excellente note à l'écrit ben du coup ça l'a rattrapé et du coup c'est comme ça que je suis rentré. [M. J] s'est fait encore plus allumer que moi à l'oral, du coup comme il avait eu une moins bonne note à l'écrit lui s'est fait débouté. C'est comme ça que je suis devenu directeur. »

M. G s'engage donc dans la progression de carrière hospitalière, cadre imposé pour diriger ces écoles et passe un an à Rennes pour sa formation de directeur des soins. Le nouveau directeur suit encore la logique hospitalière : il a réussi le concours de directeur de soin, d'une filière où le particularisme des kinésithérapeutes s'érode par cette homogénéisation nationale. M. G marque la transition, il n'est pas un directeur des soins convaincu (il qualifie ses homologues passés par l'Ecole de Rennes « d'infirmiers »), il s'auto-qualifie plus par son DEA en sciences humaines et son attachement à la kinésithérapie. L'autre formateur influant, M. J, a été rejeté par son manque de culture hospitalière et se distingue surtout par sa thèse universitaire. L'IFMK continue donc son rapprochement avec l'université et découvre sa complexité et ses luttes parfois féroces.

M. G : « l'erreur que j'ai faite... l'erreur... En même temps j'avais pas trop le choix... Euh ça a été de revenir à [l'IFMK A] et je me suis retrouvé avec le même manque de considération de l'hôpital à l'égard de l'universitarisation qu'on avait été les premiers à faire. Et les premiers à réussir y compris dans la masterisation. Euh... Les relations, les difficultés avec les facs, UFR APS [STAPS] et la fac de médecine c'était la même lourdeur etc... A ce moment-là.

¹⁰⁶⁶ Là encore, les IFMK sont alignés, à leur corps défendant, sur le modèle IFSI. I. FERONI et A. KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers », art. cit.

Et puis le directeur des soins [son supérieur hiérarchique, chapotant toutes les écoles] commençait à se poser des questions sur « il faut qu'on universitarise toutes les écoles en même temps, c'est-à-dire les sage-femmes, les kinés, les manips... Les puéricultrices, les anesthésistes puis surtout les infirmiers etc. » [...] puisqu'il était le président de l'AFDS, l'Association Française des Directeurs des Soins [et d'origine infirmière lui-même]. Donc il a bien vu à ce moment-là que ce qui se passait à [l'IFMK A] ça allait se passer d'une manière ou d'une autre et que du coup il fallait pas que ce soit que les directeurs d'école qui, et en particulier les kinés, qui aient cette maîtrise [du processus d'universitarisation] [...]

Donc j'avais maintenant le directeur des soins de l'hôpital qui m'entravait, il y avait le doyen [de STAPS] qui était pas... voilà. La fac d'UFR APS où ça commençait à devenir de plus en plus tumultueux pour, parce qu'ils voyaient bien qu'on était pas satisfait, qu'on était plus exigeant à l'égard des enseignements parce que nos étudiants devenaient plus exigeants. Que du coup à ce moment-là il y a eu un poste de conseiller pédagogique au ministère et où là je me suis dit ben plutôt que de rester sur le terrain à être uniquement un exécutant autant essayer, vœu pieu, d'aller chez Dieu pour avoir la maîtrise un peu sur les choses, les évolutions... voilà. Mais c'était un vœu pieu. »

M. J : « [sa thèse STAPS qualifiée], je l'ai maintenu qualifiée pendant 5 +4 donc 9 ans... Et en postulant une fois à un poste [dans la même ville] vu qu'en fait c'est le seul poste qui était à peu près sur le profil et sans réussir. C'était en 2006, quelqu'un d'autre a été pris comme maître de conférences [...] J'ai été déçu forcément et un peu vexé parce qu'on a toujours son amour propre. Celui qui a été pris est très brillant donc j'ai rien à dire, quelqu'un que j'apprécie mais j'avais trouvé ça un peu saumâtre en termes d'engagement qui n'avait pas été respecté vu que c'était la première fois que le poste était effectivement potentiellement attribuable à l'école. Et en l'occurrence, il y a eu un vrai barrage pour pas que je l'ai quoi. J'ai pas été classé 2^{ème} j'ai été classé 3^{ème} ... Donc, comme je le disais, le premier il était stratosphérique par rapport à moi en termes de... Il y avait rien à dire, par contre ils ont pris soin d'en mettre un deuxième pour qu'en aucun cas j'ai le poste, ce qui, là, était pas un gage de confiance quoi. »

M. G se trouve entravé dans ses possibilités de peser sur l'hôpital, malgré son titre de directeur des soins. Les positions faibles, d'une part, des directeurs d'écoles par rapport aux directeurs des services de soins au cœur de l'institution hospitalière et, d'autre part, des kinésithérapeutes par rapport aux infirmières dans le cadre hospitalier, limitent ses projets. Du côté universitaire, le lien avec les STAPS se révèle fragile sur la durée, entre logique de concurrence dans un contexte de raréfaction des postes¹⁰⁶⁷ et constats d'écarts dans les visions des contenus d'enseignement.

M. G quitte l'IFMK A et devient le seul kinésithérapeute à obtenir, passagèrement, un poste au ministère de la Santé, sur son titre de directeur des soins et son expérience d'universitarisation. Il découvrira rapidement que sa marge de manœuvre y est très faible et après moins de 2 ans sera définitivement placé en congé maladie jusqu'à sa retraite¹⁰⁶⁸.

¹⁰⁶⁷ Julien BARRIER et Emmanuelle PICARD, « Les universitaires, combien de divisions ? Lignes de fracture et transformations de la profession académique en France depuis les années 1990 », *Revue française de pédagogie*, 207, 2020, p. 19-28.

¹⁰⁶⁸ Cette fin de carrière est verbalisée comme un échec par l'intéressé. Le congé maladie a sans doute été une forme d'« exit » d'une « machine administrative » dont il n'a pas sur réellement maîtriser les codes et où la place de la kinésithérapie est, somme toute, faible.

M. J prend finalement sa succession à la tête de l'école en 2010, mais, malgré sa thèse, il n'est pas maître de conférences universitaire, l'empêchant de peser de ce côté-là, tout en n'étant pas directeur des soins, ce qui le soumet à des pressions du côté hospitalier. Malgré les difficultés de part et d'autre, c'est réellement du côté de l'université qu'il dirige l'école, mais en veillant à diversifier les filières :

M. J : « mon échec de 2006, même pour [M. G] qui était le directeur, est quand même un petit signe d'alerte comme quoi l'UFR APS joue pas le jeu, en tout cas tient pas les promesses et les engagements qui avaient été pris [...] [Il se crée, quelques années après,] un deuxième poste qui est sur un profil qui correspond aussi bien à mon profil qu'à celui de [Michael, un autre enseignant de l'IFMK], donc contrôle de la posture [...] [Aucun des deux n'est retenu, au profit d'une candidate issue de la filière STAPS.] Elle est intégrée et on voit pour la deuxième fois qu'ils jouent pas le jeu. Et moi à partir de ce moment-là, ma rancœur pouvant être tenace quand même, je dis deux fois... Une fois c'est peut-être moi qui était nul, la deuxième fois je peux dire de manière plus objective que le candidat était bon. Vous le prenez pas, puisque c'est comme ça médecine propose de nous intégrer... On va aller vers médecine et à partir de l'année prochaine je réduis... Je rééquilibre les effectifs entre l'UFR APS et l'UFR de médecine pour le recrutement. [M. G] avait fait 1/3, 1/3, 1/3 et, en fait, assez rapidement j'avais fait moitié médecine et jusqu'à mon départ, j'ai accentué le nombre d'étudiants recrutés par médecine au dépend de l'UFR APS et... Alors le département [de kinésithérapie au sein de la faculté médicale] a été... créé... En 2017 oui c'est ça. En 2017 le département a été créé. Officieusement en tout cas son texte a été créé mais [Michael] avait été recruté [comme maître de conférences] donc l'UFR médecine, elle, a joué le jeu. [...] [Michael] était recruté en décembre 2015. »

L'IFMK A confirme donc son inscription universitaire mais se détourne de STAPS où les relations de concurrence sont trop exacerbées pour se rapprocher de médecine. Le recrutement d'un enseignant de l'école comme maître de conférences au sein de l'UFR médecine confirme l'intérêt réciproque de l'attelage : la médecine remet la main sur des acteurs du soin et les kinésithérapeutes accèdent à une filière universitaire jugée plus accueillante :

M. J : « En fait eux [la faculté de médecine] ont quand même des problématiques de survie de leurs masters pour avoir des flux suffisants qui permettent de justifier auprès de l'université des coûts de formation qui sont loin d'être neutres, sachant que les profs de médecine font pas tant d'heures de cours que ça. Donc souvent utilisent le chef de clinique, enfin bref... Du coup pour eux, ça assure des flux qui sont, je veux dire 10 étudiants kiné qui font un M2 pour eux ça peut être la survie d'une filière quoi. Et puis après il y a vraiment, comment dire, dans les poupées russes universitaires. Vu que c'est le doyen de médecine, pas l'actuel mais celui d'avant, qui un jour l'a lâché en réunion il a dit « mais [M. J] c'est assez simple, l'UFR médecine est la plus grosse des UFR. Et après au sein de l'université qui est la plus grosse du futur regroupement des universités sur le campus » et en fait, lui raisonnait vraiment en poupée russe, on est la plus grosse poupée russe au sein de la plus grosse université et ça va nous donner un droit au niveau de l'ensemble des regroupements universitaires. Et c'est là que vous voyez que les effectifs se jouent à peu parce que STAPS c'est une UFR importante mais médecine + pharma + kiné + sage-femme faisait qu'ils prenaient le dessus en fait. »

Pour autant, statutairement, M. J ne parvient pas à se détacher du CHU et de sa tutelle administrative d'origine infirmière.

M. J : « ils ont envoyé quelqu'un, un cadre sup infirmier hein, à Rennes... Et qui est revenu le 04 janvier 2018 tout juste sorti de la formation à Rennes, hein, et qui a probablement avait des consignes pour... A repris une direction très ferme sur l'ensemble des instituts, pas que celui de kinésithérapie hein [...] Elle a vraiment fait une reprise en main et disant qu'il fallait, qu'il y ait une sorte d'école du CHU avec... Des branches... mais centralisée le plus possible pour les

procédures administratives, pour les projets, pour... La gestion. Vraiment une vision très administrative, vraiment une volonté de contrôle, pour le coup je peux pas lui reprocher une incohérence, elle a été très cohérente en disant « voilà vous pouvez me communiquer vraiment à moi... Si vous voyez le doyen [de médecine], je veux que vous me le soumettiez avant »... Alors que je le voyais tous les lundi soir, c'était vraiment une tentative de reprise en main [...] [La tension croissante s'est manifestée par] des blocages de poste, parce que là je parle des problèmes inter-humains ou de pouvoir, mais une des décisions qui a été choisie par le CHU, parce qu'entre-guillemets « j'étais un peu remuant », ça a été de me bloquer mes recrutements en me disant « non on va réfléchir ». Voilà, on m'a bloqué un poste de secrétaire où on avait le budget pendant 3 mois ce qui... Quand il y a deux secrétaires dans un institut, une en moins ça fait bien dysfonctionner la structure quand même »

M. J ne parvient plus à faire avancer son projet et quitte la direction de l'école en 2018 pour s'installer en libéral, laissant la place à un universitaire accompli, Michael.

Celui-ci est un pur produit de l'IFMKA. D'une origine familiale plus modeste que ses prédécesseurs (mère employée municipale, beau-père professeur d'activité physique adaptée) il intègre l'école en 2002 par voie universitaire (faculté de biologie après avoir raté médecine). Dès l'origine il présente une appétence pour la recherche, contrecarré par ses possibilités financières (« déjà moi je faisais médecine plutôt pour la partie recherche plutôt que la partie clinique. Après il y a des paramètres qui ont joué, le fait de repartir vers kiné c'était aussi un truc un peu alimentaire, je me suis dit je pourrai bosser plus vite »). Son IFMK tente justement d'intégrer l'université et sa recherche. Il profite alors, à l'issue de ses études, de facilités d'accords tacites locaux :

Michael : « Moi j'ai pu avoir un contrat avec l'hôpital pendant mon master 2, ça a toujours été le critère de choix, que j'ai les moyens de vivre en même temps que je faisais mes études. Et ça a toujours été dans mon master 2, 70% à l'hôpital [annualisé, il fait beaucoup d'heures pendant les vacances et avec des facilités d'absence] et ensuite j'ai eu une bourse ministérielle... Dans les écoles doctorales... ».

Motivé et en réussite scolaire (« J'avais déjà publié un article dans « science letter » avant la fin de mon mémoire de kiné ») il est socialisé dans une promotion de kinésithérapeutes déjà orientés vers la recherche, un tiers poursuivant leurs études au-delà du diplôme d'Etat (« sur les 30 [étudiants de l'école de kiné] on était moins de 10 à poursuivre [en master 2] »). Il réalise sa thèse sous la direction d'un enseignant chercheur STAPS mais avec une préoccupation fortement médicale :

« [le sujet était] la repondération des informations sensorielles par le cerveau et donc en perturbant ou en améliorant l'entée sensorielle par le biais de dispositifs un peu techno et tout ça [...] Alors en fait je testais mes modèles sur les populations saines et puis une fois que le modèle avait montré que ça pouvait avoir un effet, du coup, j'ai travaillé avec des personnes amputées, des personnes... vestibulo-lésées et après on a fait quelques manip avec des gens qui avaient quelques défauts sensoriels d'appuis aussi, les paraplégiques sur les fauteuils par exemple voilà. Donc en fait il y a eu une partie de la thèse qui a été avec des populations saines, jeunes, en pleine forme. Dont on manipulait les infos et après on passait sur un modèle pathologique pour voir si... On conservait la validité du modèle. »

Son initiation à la recherche se fait donc institutionnellement en lien avec l'UFR STAPS mais avec une préoccupation proche de la biomédecine : il s'agit d'abord de tester une thérapeutique.

Après un court post-doctorat à Paris, il ne parvient pas à intégrer le corps des enseignants-chercheurs universitaires et revient à l'IFMK A comme formateur. Depuis cette position d'attente il continuera à valoriser ses travaux de thèse, des recherches menées avec les étudiants et profitera finalement du rapprochement avec la faculté de médecine pour obtenir un poste de maître de conférences (en « neurosciences », CNU 69) au sein de cette composante en 2015. Il se pose alors comme adjoint direct de M. J et lui succédera en 2018. Il passe dans le même temps une HDR (« *En médecine l'HDR se fait sur la base des CV et projets de recherches en cours et à venir* ») et postulera à un poste de professeur d'université en 2020. Ce poste sera l'objet d'une lutte intense entre la faculté de médecine (dont est issu le président de l'université) et d'autres composantes dont STAPS (dont sont issus deux candidats). Ainsi, le poste fléché « direction d'IFMK » est attribué à Michael par le comité de Sélection, qui est ensuite déclassé par le conseil académique de l'Université au profit d'un enseignant-chercheur STAPS. Le dossier est actuellement devant le Conseil d'Etat avec, au cœur du litige, la question de la valence « clinique » : un poste universitaire peut-il ainsi être « protégé » par l'affichage d'une spécialité soignante obligatoire ? Si, pour les postes de bi-appartenants de médecine, le conseil académique n'a d'autres choix que de céder aux pratiques des facultés de médecine, le statut de mono-appartenant ici en jeu permet une contestation plus solide.

Malgré ces péripéties, le rapprochement universitaire se poursuit sous son égide avec, à la rentrée 2021, la fin du statut d'école hospitalière pour l'intégration « organique » à l'université qui reçoit les budgets régionaux et prend en charge les frais de fonctionnement de l'école. Les étudiants sortent avec un master 1 (dans un domaine qui pourrait être qualifié d'« ingénierie de la santé ») avec des possibilités de poursuites dans les master 2 de la faculté de médecine.

L'expérience de l'IFMK A montre que les instituts ne peuvent être les seuls moteurs de la recherche française. La position dominée des kinésithérapeutes entre les infirmières omniprésentes à l'hôpital et omnipotentes quant à ses écoles d'une part et des luttes universitaires féroces pour l'allocation des ressources d'autre part font qu'ils n'arrivent à dégager que de faibles marges de manœuvre en termes de changements dans l'organisation de leurs écoles. Pour autant une certaine légitimité universitaire parvient à être acquise pour ces nouveaux diplômés, qui, pour certains, trouvent alors quelques opportunités d'ouverture des portes de la recherche.

Quels que soient leurs statuts, les enseignants de la kinésithérapie ont en commun la conviction de l'importance d'une recherche scientifique. C'est ainsi qu'avant même le processus d'universitarisation, les écoles des cadres kinésithérapeutes étaient déjà des creusets d'une élite kinésithérapique force de proposition en matière d'innovation et d'argumentation des pratiques. Cela souligne l'importance des mécanismes externes au groupe professionnel dans le processus d'universitarisation : redéfinition du rôle des cadres vers une activité managériale plutôt que d'encadrement du groupe professionnel, ouverture de l'Université, processus de Bologne (uniformisation des cadres de formation européens) et

volonté de la part de la médecine de lutter contre la « démedicalisation » des métiers les plus proches en leur accordant une place au sein de sa composante¹⁰⁶⁹. Au sein du groupe professionnel, se met alors en place une logique de partage entre des conservateurs, issus des rangs des ex-cadres de santé qui peuvent freiner une universitarisation qu'ils jugent délétère à l'autonomie de leurs établissements et des réformateurs, favorables à l'Université d'où provient leur légitimité. Si l'affaiblissement visible de la filière cadre est important (le renouvellement est faible), les réformateurs universitaires doivent cependant compter avec le poids de l'histoire de leurs écoles et de leur position institutionnelle d'auxiliaires médicaux alignés sur la corporation infirmière. Ils sont ainsi doublement contrariés dans leur volonté d'institutionnaliser une recherche universitaire dans les IFMK.

b) Les institutions représentatives poussent pour l'universitarisation, dans un climat favorable

Le délaissement de la filière cadre de santé pour la filière universitaire implique une ouverture de la part de cette dernière. Cela est rendu possible par des changements globaux touchant l'enseignement supérieur. Ainsi la montée des comparaisons internationales pose la question de l'ouverture aux travailleurs, via la formation continue¹⁰⁷⁰ ou les validations des acquis de l'expérience¹⁰⁷¹. Dans le même temps, le climat plus général de rationalisation budgétaire¹⁰⁷² touchant l'université et d'injonction à la professionnalisation des étudiants réorientent les priorités des institutions : les disciplines couvrant des secteurs d'activités en lien avec « le monde socio-économique » (science de la gestion ou de l'ingénieur) connaissent alors une croissance au détriment des disciplines « fondamentales » (philosophie ou mathématiques)¹⁰⁷³. Les groupes paramédicaux, dont la kinésithérapie, voient alors s'ouvrir une fenêtre d'opportunité pour intégrer les rangs universitaires : leur lien direct avec une filière

¹⁰⁶⁹ Cette « démedicalisation » est sensible chez les kinésithérapeutes avec l'augmentation de l'autonomie mais aussi avec la tutelle de plus en plus administrative plutôt que médicale : au chapitre 3, le processus de contrôle du nombre d'installations libérales des kinésithérapeutes signe bien la volonté de la CPAM de limiter le volume d'activité kinésithérapique plutôt que de laisser les médecins décider seuls des actes légitimes à faire réaliser sur le territoire. Un autre exemple de cette tension pour le contrôle de l'écologie de la santé est apporté par la tribune de deux médecins invitant la médecine à garder en son sein les médecines alternatives : Antoine LAZARUS et Gérard DELAHAYE, « Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 15-2, 2007, p. 79.

¹⁰⁷⁰ Malgré que la formation continue fasse partie des missions des universités depuis les années 1960, les universités investissent peu ce secteur et ouvrent peu leurs portes aux trajectoires atypiques. Même de nos jours, malgré une prise de conscience à partir des années 2000, la formation continue reste marginale, en lien sans doute avec le mode d'évaluation des personnels et des institutions, faisant la part belle aux missions de recherche et aux taux de réussite. Isabelle BORRAS et Nathalie BOSSE, « Les universités françaises à l'heure de la formation tout au long de la vie : une ultime chance d'ouverture aux adultes ? », *Formation emploi*, 138, 2017, p. 117-138.

¹⁰⁷¹ Hugues LENOIR, « La VAE : une nouvelle donne pour l'Université », *Connexions*, 2-78, 2002, p. 91-108.

¹⁰⁷² Christine Musselin montre, via le cas de la fusion des trois universités strasbourgeoises, l'importance de ce cadre cognitif, sous-jacent aux particularités des acteurs. Ainsi, si l'université Marc Bloch rejoint le processus c'est bel et bien à cause d'inquiétudes quant aux capacités de maintenir seule un travail de qualité dans les domaines des sciences humaines et sociales. Christine MUSSELIN, « Vers un marché international de l'enseignement supérieur ? », *Critique internationale*, 39-2, 2008, p. 13.

¹⁰⁷³ J. BARRIER et E. PICARD, « Les universitaires, combien de divisions ? », art. cit.

d'insertion professionnelle répond à l'injonction faite aux universités de mettre en adéquation leur offre de formation et le marché de l'emploi.

« L'Université » comme enjeu de distinction pour les groupes professionnels

Si les directeurs d'IFMK sont partagés sur ces opportunités, cela est moins vrai des représentants syndicaux ou ordinaires. C'est cette frange du groupe professionnel qui va pousser à l'universitarisation pour deux raisons principales : la plus-value symbolique associée et l'accès facilité à une production de recherche asseyant le rôle social du groupe.

La plus-value symbolique est liée à la hiérarchisation des groupes professionnels de la santé en fonction du nombre d'années d'études. Plus les durées sont allongées, plus le cursus est réputé prestigieux et plus la position sociale du métier est privilégiée. Cette hiérarchisation est visible au sein même du groupe médical, où la médecine générale conserve une durée de formation généralement plus courte que les spécialités (s'il existe maintenant un internat de « spécialité » médecine générale, il n'en reste pas moins que sa durée est de trois ans, contre quatre à cinq ans pour les spécialités, voire huit ans pour les surspécialités chirurgicales). L'écart avec les paramédicaux est alors important, avec une durée d'étude historiquement de trois ans pour les infirmières, sages femmes, orthophonistes ou kinésithérapeutes durant la majeure partie de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Parmi ces groupes, la distinction passe alors par un allongement des études.

Ainsi les sage-femmes, après s'être détachées de la formation infirmière en 1973 (première année commune jusqu'alors), obtiennent une durée d'études de 4 ans en 1985. Mobilisant la ressource statutaire de « profession médicale »¹⁰⁷⁴, elles obtiennent un rapprochement avec l'enseignement médical universitaire en 2009¹⁰⁷⁵, un diplôme universitaire de licence en 2011¹⁰⁷⁶ puis la reconnaissance du grade master en 2014 (la première année universitaire de sélection en médecine est alors prise en compte)¹⁰⁷⁷.

Concernant les orthophonistes, si le titre est reconnu à partir de 1955 avec une durée d'étude de 3 ans, il est, dès l'origine, classé du côté des « auxiliaires médicaux » avec des formations prodiguées dans les facultés de médecine. C'est cette origine qui explique une tutelle par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), alors que les autres groupes d'auxiliaires sont

¹⁰⁷⁴ Ce statut remonte à un choix effectué au XIX^{ème} siècle. Les « matrones » de l'époque se retrouvent alors de fait à réaliser les accouchements à domicile en l'absence de médecin. Ce constat d'autonomie et d'invasivité conduit alors à la solution intermédiaire d'un statut « médical » mais à compétences limitées. N. SAGE PRANCHERE, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^{ème} siècle) », art. cit.

¹⁰⁷⁵ L'article 60 de la loi du 21 Juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) modifie le code de la santé publique (article L. 4151-7-1) et prévoit que « la formation des sage-femmes puisse être organisée au sein des universités ».

¹⁰⁷⁶ Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.

¹⁰⁷⁷ Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master.

les plus souvent rattachés au Ministère de la Santé¹⁰⁷⁸. Après un passage de 3 ans à 4 ans d'études en 1987¹⁰⁷⁹, le passage de 4 ans à 5 ans et la reconnaissance d'un grade master se fait en 2013¹⁰⁸⁰. Dans leur cas, c'est le rattachement au MESRI qui a été un levier pour obtenir cette reconnaissance, à l'encontre de la volonté du ministère de la Santé :

« Euh un élément qui a très probablement pesé pour aligner la formation d'orthophoniste au LMD c'est qu'elle était déjà, elle avait la caractéristique d'être déjà organisée dans les universités. Donc on était à un endroit où c'était probablement particulièrement difficile de ... Proposer ou même de maintenir une formation qui soit pas en 3+5+8 quoi »

Entretien avec une conseillère du cabinet de la ministre de l'Enseignement Supérieur, PU-PH de MPR, ancienne responsable de faculté de médecine. 30/01/2020

« J'avais pour directive de ne rien céder à l'enseignement sup. Par exemple... euh... il y a une formation paramédicale de rééducation, les orthophonistes, qui sont exclusivement universitaires [...] La formation est exclusivement sous la responsabilité de l'Enseignement Supérieur, qui peut y faire ce qu'il veut... Les réunions avec les professionnels se tenaient donc exclusivement à l'Enseignement Sup et pas au Ministère de la Santé. Moi en tant que représentant du Ministère de la Santé je devais être présent à ces réunions. Mais j'avais la consigne de ne rien céder. Donc à un moment le chef de bureau de l'Enseignement Sup accorde aux représentants de la profession des orthophonistes, leur accorde le master et les cinq ans de formation. Ce sur quoi moi je lève la main, en disant : « je vous rappelle que le Ministère de la Santé s'oppose et s'opposera à ce niveau de formation parce qu'il est hors de question qu'une formation paramédicale ne soit pas dans le champ de... Dans le même cadre que les autres professions paramédicales ». Ce à quoi on me répondait, « Monsieur G, la Santé n'a rien à voir sur la formation des orthophonistes, nous sommes seuls maîtres à bord de cette formation. Donc vous êtes prié de dire à votre ministère qu'il n'a pas à intervenir dans notre choix. » Du coup moi je redisais : « je l'entends, je peux le concevoir personnellement, mais ma position m'oblige à vous demander d'inscrire dans votre rapport que nous nous opposons à la mise en place de ce master pour les orthophonistes », voilà. »

Entretien avec un conseiller pédagogique du Ministère de la Santé, en charge des formations paramédicales, filière direction de soin. 23/05/2019

Si cet extrait d'entretien pointe l'importance de la tutelle ministérielle pour les orthophonistes, il pointe aussi la réticence du Ministère de la Santé à autoriser la distinction de formations d'auxiliaires de celles des infirmières.

Les kinésithérapeutes, ni profession médicale ni rattachés au MESRI, vont alors mobiliser leur proximité aux médecins¹⁰⁸¹ pour augmenter cette durée de formation et se rapprocher de l'université : dès 1989, au sein de facultés de médecine accueillantes, se développent des conventions de recrutement des

¹⁰⁷⁸ Les orthoptistes et audioprothésistes sont aussi rattachés au MESRI.

¹⁰⁷⁹ Jean-Marc KREMER et Emmanuelle LEDERLE, *L'orthophonie en France*, 7e éd. mise à jour., Paris, Presses universitaires de France, 2012. Arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.

¹⁰⁸⁰ Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.

¹⁰⁸¹ Il est à noter que malgré leur statut d'auxiliaires, les kinésithérapeutes intègrent ainsi les facultés de médecine avant les sage-femmes, qui ne mobiliseront leur statut pour se rapprocher du modèle médical qu'après les années 2000. Là encore des tensions entre sage-femmes promotrices d'une autonomie et réformatrices attirées par l'Université peuvent être envisagées, mais n'ont pas été explorées ici. Maï Le Du pointe une autre similitude dans le refuge en exercice libéral pour échapper à la domination médicale hospitalière et créer des conditions d'exercice autonome. M. LE DU, « Synthèse entre cure et care », art. cit.

étudiants kinésithérapeutes (alternatives aux concours d'écoles). Les études seront alors informellement de quatre ans (dont trois ans intra-instituts). A l'occasion de la réforme de 2015¹⁰⁸², la sélection après un an d'études universitaires (majoritairement en première année d'études « de santé ») est généralisée et la durée d'études intra-instituts est portée à quatre ans. Les cinq ans d'études totales de fait seront finalement reconnus au niveau master en 2021¹⁰⁸³.

Ces trois groupes professionnels se distinguent ainsi des infirmières, maintenues au grade licence (ce niveau universitaire est acquis dans leur cas en 2009)¹⁰⁸⁴.

Pourtant, ces trois trajectoires montrent que la simple mobilisation pour l'allongement des études et ses implications en termes de contenu du savoir, d'élargissement des compétences ou de reconnaissances salariales ne sont pas les seules à l'œuvre. Il existe une volonté de ces groupes « intermédiaires » de se rapprocher de l'Université, perçue comme la plus à même de fournir un titre symbolique plus valorisé que le Diplôme d'Etat du ministère de la Santé. C'est visible à travers les demandes récurrentes de reconnaissance de grade universitaire, qui persistent y compris après les réingénieries et augmentations de durées d'études conduisant au diplôme d'Etat.

L'une des raisons est la perception de l'université comme interface avec la recherche, possibilité peu développée via les diplômes du ministère de la Santé. En effet, sur le modèle médical en particulier (et professionnel au sens large), le renforcement des caractéristiques professionnelles de ces groupes passe par la production de savoirs sur leur champ de compétence¹⁰⁸⁵ : « *si une profession veut survivre, elle ne peut échapper à la nécessité de soumettre continuellement ses techniques à une réévaluation critique* »¹⁰⁸⁶. Ce lien entre université et filière doctorale de recherche est immédiatement évoqué par la présidente de l'Ordre des kinésithérapeutes en réponse à ma question sur l'universitarisation :

*« Enquêteur : Où en est la procédure, l'universitarisation, en France, pour revenir en France ?
Présidente CNOMK : J'ai un comité de suivi cet après-midi au ministère... Et ben c'est bien parti, ça avance bien, on va avoir une sous-section... Une section complète de CNU. Donc ça c'est très bien [...] On a quand même plus de 100 docteurs.*

Enquêteur : 100 docteurs oui. Mais tous n'ont pas... La plupart ne sont pas qualifiés quand même.

Présidente CNOMK : Non, non, non, on a quelques maîtres de conf', on a 3 professeurs maintenant, des universités... Ce qui est pas mal 3. Des HDR on en a pas mal aussi ça commence. Non mais pour des professions qui n'a pas de discipline [universitaire propre] [...] Et on en a qui ne demandent qu'à être qualifiés et que j'ai mis sur les starting-blocks, je leur ai téléphoné à certains que je connaissais qui étaient très bien... Enfin très bien... »

Entretien avec la présidente de l'Ordre des kinésithérapeutes, 17/10/2018

¹⁰⁸² Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

¹⁰⁸³ Décret du 13 août 2021.

¹⁰⁸⁴ Dans le cas des infirmières, une certaine segmentation du groupe est peut-être en cours avec la création des infirmières de pratiques avancées, qui sont, elles, reconnues au niveau du grade master.

¹⁰⁸⁵ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit ; E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

¹⁰⁸⁶ Propos introductifs écrits dès 1973 dans la revue kinésithérapique australienne la plus reconnue. Cette position est très partagée en France, où le modèle australien est vu comme un modèle pionnier désirable. R.L. SWEET et S.B. MOIR, « Some elementary guides for performing research into the effects of physiotherapy treatments. », *Australian Journal of Physiotherapy*, 19-3, 1973, p. 85-90.

L'enjeu d'accès à la recherche par la voie universitaire fait l'objet d'une alliance entre les représentants et les premiers chercheurs du groupe professionnel : la présidente de l'Ordre en connaît certains et elle n'hésite pas à les appeler pour les tenir informés des avancées de l'institutionnalisation de la recherche en rééducation.

D'une part, la mobilisation des représentants correspond à une volonté de reconnaissance d'un diplôme universitaire élevé. Cet objectif est partiellement lié à la production de recherche : les poursuites d'études en doctorat sont facilitées par la reconnaissance universitaire des acquis initiaux. Mais ce n'est pas le seul moteur : ces diplômes doivent permettre aussi une valorisation du corps professionnel dans son ensemble¹⁰⁸⁷. D'autre part, cette mobilisation a aussi pour objectif d'institutionnaliser une filière d'accès à la recherche. Bien que liés, ces deux objectifs vont se voir partiellement séparés dans leur traitement dans le temps et par les interlocuteurs des kinésithérapeutes.

Le processus d'universitarisation paramédical français : séparation de l'universitarisation de la formation et de l'institutionnalisation d'une filière de recherche

Les représentants professionnels voient l'Université d'un œil favorable, alors que la proximité à celle-ci est plus en débat au sein des directions des IFMK. Ces désaccords rencontrent une division sectorielle entre ministère de la Santé et MESRI : le ministère de la Santé est pris dans l'injonction à l'universitarisation, mais tente d'éviter que ce processus ne conduise à un changement de statut des groupes professionnels. Son enjeu est donc de maintenir un bas niveau de diplomation permettant l'exercice, en lien avec des compétences jugées simplement techniques et un coût de la main d'œuvre d'autant plus maîtrisable que le niveau académique est faible. Du côté du MESRI, cet enjeu de subversion au sein du champ médical élargi est appréhendé, mais l'attention est plus portée sur la création d'une filière d'enseignants-chercheurs.

La demande de reconnaissance d'un titre universitaire à l'ensemble du groupe est favorisée par la montée du processus d'harmonisation des formats de diplômes universitaires à l'échelle européenne. Le processus de Bologne a alors un rôle important dans la mise à l'agenda de cette thématique par les groupes paramédicaux. En effet, bien que plus cognitif que contraignant¹⁰⁸⁸, il permet une mise à l'agenda des curriculums de formation¹⁰⁸⁹ pour s'adapter à l'organisation en trois niveaux licence-

¹⁰⁸⁷ Il peut y avoir une mobilisation en matière de reconnaissance du corps si cette universitarisation s'accompagne d'un allongement des études, mais, même à durées d'études inchangées, dans l'opposition entre diplômes techniques et diplômes universitaires, les acteurs de la santé valorisent nettement les seconds.

¹⁰⁸⁸ Le processus de Bologne démarre sur un mode déclaratif, sans recourir au processus de réglementation européenne contraignante. S. CROCHE, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », art. cit ; P. RAVINET, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé ? », art. cit.

¹⁰⁸⁹ Jean-Émile CHARLIER, « Faire du processus de Bologne un objet d'analyse », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 109.

master-doctorat. Les agents du ministère de la Santé (en charge des formations paramédicales), bien que réticents à l'idée d'accorder des augmentations de durées d'études, sont alors pris dans ce cadre cognitif européen et soumis à une pression politique, résultat d'un processus de lobbying des paramédicaux (notamment infirmiers) auprès des cabinets pour accéder au LMD. Cette injonction est particulièrement visible dans la bouche du président Nicolas Sarkozy lors d'un discours officiel le 09 janvier 2009 à l'hôpital de Strasbourg :

« Je sais que dans l'hôpital il y a bien d'autres chantiers que l'on doit continuer à faire avancer : les infirmières dans le cadre du LMD, et je sais que Roselyne Bachelot [ministre de la Santé] y travaille. On n'est pas loin d'avoir un accord. »

Discours officiel du président Sarkozy, 09/01/2009.

Ce volontarisme affiché se retrouve un an plus tard lors d'un second discours présidentiel, le 12 janvier 2010 à l'hôpital de Perpignan :

« Les infirmières et infirmiers. Je sais bien que leur rôle est déterminant, absolument déterminant. Pendant toute la campagne présidentielle, j'ai dû rencontrer la totalité du demi-million d'infirmiers et d'infirmières de France. Tout le monde me disait : « M. SARKOZY, le LMD ! » Le LMD, pour Licence - Master - Doctorat, c'est la reconnaissance de votre rôle éminent. Les infirmières qui ont débuté leurs études en septembre 2009 et seront diplômées en 2012 auront la licence. Parce que trois années après le Bac, Bac +3, c'est la licence. Et c'était une injustice que cette licence ne vous soit pas reconnue. C'est fait ! Je l'avais promis, nous avons tenu cette promesse. Et dès cette année, pour tenir compte de cette reconnaissance universitaire, les infirmières déjà en fonction qui le souhaitent, vous pourrez passer en catégorie A. Vous êtes aujourd'hui en catégorie B. La décision est prise. »

Discours officiel du président Sarkozy, 12/01/2010.

Sous cette pression, l'accord entre ministère de la Santé, ministère de l'Enseignement Supérieur et représentants infirmiers semble se faire rapidement et le décret reconnaissant un grade licence aux infirmières paraît le 23 septembre 2010.

Pourtant, ce précédent ne permet pas un accord aussi rapide avec les kinésithérapeutes. Si le cadre cognitif du LMD et l'injonction à l'universitarisation des filières paramédicales est bien perçu du côté des représentants des kinésithérapeutes, la reconnaissance au grade licence plutôt que master est un point de blocage pour un groupe professionnel qui considère que sa durée de formation est dans les faits de 4 ans depuis les expérimentations de recrutement post première année de médecine datant de 1989. Au tournant des années 2010, les relations des IFMK aux universités sont, de fait, polymorphes, entre départements de kinésithérapie au sein d'universités, écoles hospitalières ayant des conventions de recrutement d'étudiants ou IFMK privés à distance des universités et engageant au coup par coup quelques universitaires pour des vacations d'enseignement. A ce titre, les acteurs de la formation ont des intérêts disparates. C'est d'une part ce qui explique la focalisation sur un « grade universitaire », en l'occurrence le master, diplôme clé pour l'accès facilité au doctorat et à la recherche, plutôt qu'une demande « d'intégration universitaire », c'est-à-dire de refonte des IFMK au sein des universités. C'est grâce à cette demande de reconnaissance de niveau, sans modification trop importante des statuts et

intérêts en place, que le CNOMK, en pointe sur la question, arrive à obtenir le soutien de tous les segments visibles de la kinésithérapie (syndicats professionnels, représentants étudiants et représentants des directeurs). Cette variété d'intérêt n'est cependant pas qu'une contrainte empêchant d'ouvrir trop grand la « boîte de pandore » de l'organisation de la formation en kinésithérapie, c'est aussi une ressource permettant des expérimentations très variées qui favorisent des expériences d'accès à l'université et à la recherche¹⁰⁹⁰.

Du côté du ministère de la Santé, à l'inverse, contenir les durées et contenus de formation est un impératif :

« Le bureau RHI avait [à sa tête] un directeur d'hôpital qui cadrait très bien ses équipes pour l'élaboration des référentiels d'activité et des référentiels de compétences. Et que dans ces entretiens, de toute façon, la négociation c'était surtout de ne pas faire coûter plus cher à la Santé l'exercice des paramédicaux, donc il fallait qu'on les contienne en termes de compétences et d'activités dans quelque chose qui rentrera en trois ans »

Entretien avec un conseiller pédagogique du ministère de la Santé au tournant des années 2000, originaire du corps des directeurs de soin.

La menace d'une demande de modification des compétences et des conditions statutaires suite à une reconnaissance universitaire trop importante entraîne des réticences profondes de la part des acteurs administratifs de la Santé qui s'inclinent sur la reconnaissance LMD mais souhaitent clairement inscrire le groupe professionnel au niveau licence et réserver le master et le doctorat à un éventuel corps d'encadrants :

« On est venu aux infirmiers [parce qu'on travaillait déjà sur une refonte de leur formation] [...], de toute façon si on avait dû commencer par une profession, c'était bien par celle-là qu'il fallait commencer parce que ce sont les plus nombreux et qu'eux-mêmes sont les collaborateurs directs des médecins. Alors que le kiné lui, c'est un auxiliaire médical, mais dans un champ qui est plus limité, celui de la masso-kinésithérapie. Je veux dire que le partenaire fort du médecin c'est l'infirmier [...] Ce qui est important, c'est que, ces dernières années, le phénomène d'universitarisation a fait qu'on avait commencé avec les infirmiers. Il y a une demande des autres professions à être aussi universitarisées [...] Enfin les travaux ont été entamés dans la période que j'ai situé [début 2010], ça c'est ce qu'on a fait. Mais après ça a stoppé pour raisons politiques¹⁰⁹¹, mais après les gens se battent pour dire... Ah ben les kinés, par exemple, à bah attendez, vous avez réingénié les infirmiers au grade licence mais nous, ce qu'on fait, c'est du master, c'est pas de la licence voilà. Donc ça fait achopper la fin du dossier, ça peut poireauter comme ça pendant des années. Et c'est le cas. [...]

Donc, les infirmiers, ils auront leur école doctorale dans pas très longtemps. Il y aura une école doctorale aussi pour les professions de la rééducation, il y a 3 voire 4... Sièges qui vont être reconnus au CNU, c'est très important. Donc ça veut dire que là, par exemple, pour les infirmiers qui sont les plus avancés, ils ont le L, ils ont le M [faisant référence ici aux « infirmiers en pratiques avancées »], demain et dans pas longtemps ils auront le D. Et donc

¹⁰⁹⁰ C'est ainsi sur le mode de l'expérimentation locale que les premiers IFMK recrutent leurs étudiants après une première année en faculté de médecine à partir de 1989. C'est de la même manière la possibilité de modifier le schéma classique de formation qui permet à l'équipe de l'IFMK A de proposer un cursus offrant un titre universitaire et de pousser précocement une génération de chercheurs au début des années 2000.

¹⁰⁹¹ Bien qu'il n'ait pas précisé sa pensée, il peut s'agir ici de l'alternance politique de 2012. En effet si Nicolas Sarkozy avait forcé la main de son administration pour faire avancer le processus LMD pour les infirmières, la position du gouvernement suivant n'a pas été aussi explicitement affichée dans les premiers temps.

voilà un cursus intéressant. Voilà. Alors, après, ça ne fait pas d'eux un hospitalo-universitaire. Le D du docteur leur permettra d'avoir un champ d'enseignement avec des docteurs en sciences infirmières, si on les appelle comme ça, voilà. Normalement il est prévu de faire la même chose pour les sciences de la rééducation, voilà. On en est là, ça c'est ce qui se fait actuellement. »
Entretien avec le chef de bureau exercice, déontologie et développement professionnel continu (RH2), formation de directeur d'hôpital, DGOS, ministère de la Santé, 07/12/2018.

La réorganisation selon la maquette LMD s'impose aux agents du ministère de la Santé, mais l'écologie de la santé ne doit pas s'en trouver modifiée : ces docteurs ne seront pas des « vrais » docteurs, c'est-à-dire des hospitalo-universitaires et ils s'occuperont surtout de l'encadrement de leur groupe professionnel.

Du côté de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, ces demandes d'universitarisation rencontrent une fenêtre d'opportunité favorable aux disciplines professionnalisantes et ayant des champs de recherche tournés vers l'action¹⁰⁹². Les kinésithérapeutes y trouvent un soutien prudent. Les agents du MESRI se posent en effet en interlocuteurs dominés dans cette négociation pour des formations historiquement à la charge du ministère de la Santé¹⁰⁹³ :

« Alors [de manière] non pas cynique mais très réaliste, le ministère de l'Enseignement Supérieur, du point de vue des professions de santé, n'est qu'un prestataire des formations. Euh, comme ce sont des formations de santé et réglementées nous n'avons pas... A nous prononcer sur... Sur le bienfondé d'un certain nombre de décisions et d'options prises quant à la formation. Nous fournissons la structure, nous fournissons les personnels enseignants, et pour ce qui est du fond, finalement, ça relève du ministère de la Santé et des Ordres [...]. On est dans un département, ici, qui est finalement plus réglementaire que pédagogique... Euh nous prenons des textes, nous en validons la légitimité réglementaire et la justesse réglementaire. En revanche sur le fond nous nous prononçons pas dessus, c'est-à-dire que nous prenons... Les décisions... Des Ordres, des Conférences de doyens, des cabinets et on a pas d'avis à donner. Il n'y a pas, au sein du département, de professionnels enseignants. Il n'y a pas de médecins. Nous sommes tous des administratifs et nous avons un conseiller scientifique qui en revanche est médecin¹⁰⁹⁴ mais lui son avis est libre. »

Entretien avec le chef du département des formations santé au MESRI, maîtrise d'histoire avant de passer par un IRA (institut régional d'administration) et de devenir administrateur central.
14/01/2021

Alors que le ministère de la Santé voit les formations comme un levier de contrôle sur l'organisation sanitaire du pays, ce n'est pas le cas du MESRI. C'est ce qui explique sans doute en partie, l'obtention dès 2013 d'un grade master pour les orthophonistes (formations réglementées par le MESRI) et d'un grade seulement de licence pour 1 an de sélection universitaire puis 4 ans d'études en IFMK pour les kinésithérapeutes jusqu'en 2021¹⁰⁹⁵ (formations réglementées par le ministère de la Santé). Pourtant,

¹⁰⁹² Alain Desrosières distingue les sciences pour la connaissance et les sciences pour l'action. Dans le cas des kinésithérapeutes la tendance est à la seconde, avec l'application des résultats, directe ou non, au patient en vue de sa guérison. A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner, op. cit.*, p. 61.

¹⁰⁹³ A l'exception donc des orthophonistes, orthoptistes et audioprothésistes.

¹⁰⁹⁴ Il n'a pas été possible d'enquêter sur ce conseiller scientifique, présenté comme médecin ce qui rentre en contradiction avec la posture d'administratif indépendamment des avis partisans des acteurs de la santé.

¹⁰⁹⁵ En 2021 la formation des kinésithérapeutes est reconnue au « grade » master, sous l'impulsion du cabinet du ministre de la Santé Olivier Véran.

derrière ces divergences d'intérêts, demeure un fond idéologique commun : la Santé est d'abord une écologie médicale, bien que peuplée d'auxiliaires, d'où « l'indépendance » (en réalité plutôt la « surplombance ») du conseiller médical qui arbitre les revendications de ceux-ci. Si les administrations de la santé disputent aux médecins la légitimité de la tutelle (il s'agit de quantitativement limiter les largesses de ceux-ci, comme dans le cas de la régulation démographique), le MESRI se contente de mettre en forme universitaire cette domination :

« Donc nous sommes toujours, il faut toujours partir du principe que... Un acte, une formation, un exercice et.... On ne sort absolument pas de ce cadre. Ce n'est pas la peine pour un médecin d'acquérir des formations ou des compétences qui sortent du cadre de la maquette parce que, de toute manière, il ne pourrait pas les mettre en pratique et s'il les mettait en pratique ben cela relèverait de l'exercice illégal de la médecine. C'est dans ce cadre qu'il faut toujours rester. »
Entretien avec le chef du département des formations santé au ministère de l'Enseignement Supérieur (MESRI), 14/01/2021

Malgré l'exemple donné du « médecin en état d'exercice illégal de la médecine », il faut bien comprendre que ce sont les paramédicaux qui sont ciblés ici. Le MESRI ne se prononce pas sur le bienfondé de leurs revendications, mais considère qu'elles restent lettres mortes sans autorisation médicale ou du ministère de la Santé. Si la volonté de contrôle de ces corporations est moins affirmée qu'au ministère de la Santé, le MESRI n'est pas prêt à s'opposer à ces acteurs puissants pour défendre des formations qui lui sont, sommes toutes, étrangères.

Les kinésithérapeutes se retrouvent en situation de blocage au niveau des administrations : le ministère de la Santé souhaite maîtriser les coûts et les niveaux d'exigences (universitaires) de chacun, quand le MESRI ne souhaite pas s'impliquer dans les modifications de relations hiérarchiques et statutaires qu'engendrerait une modification des titres. De ce fait les représentants ordinaires des kinésithérapeutes mobilisent le niveau d'arbitrage supérieur, via des rencontres auprès des membres des cabinets :

« L'universitarisation c'est l'Ordre qui a structuré tout ça, qui a remis tout le monde autour de la table. Et qui a réussi à travailler et à parler d'une même voie avec le ministère. C'est à dire qu'avant les syndicats se sont occupés essentiellement, ce qui est normal, des relations conventionnelles, ils allaient voir que l'Assurance Maladie. Il n'y avait aucune instance professionnelle qui sollicitait les cabinets ministériels pour aller les voir. Et moi, quand je suis arrivée, j'ai commencé à prendre rendez-vous avec toutes les instances politiques des cabinets, Santé, Enseignement Supérieur... Voilà et j'ai discuté et j'ai établi une vision prospective... Avec mon bureau hein, pas moi toute seule... De la profession et de ce qu'on voulait. Et inlassablement aller voir les députés pour expliquer les enjeux de la kinésithérapie. Et quand on a relancé l'universitarisation c'était avec Xavier Bertrand, je m'étais très bien entendu avec sa directrice... Avec sa conseillère spéciale, et on avait relancé le processus d'universitarisation. Après il est parti. Election, Hollande arrive, donc on repart à zéro, ce qu'on avait eu comme arbitrages. Et là j'ai recommencé avec le cabinet Touraine et du coup. C'est vraiment, le dir' cab nous l'a dit, c'est vous qui avez réussi, vous l'Ordre hein. A faire parler en même temps CGT, CFDT, FO, on a été tous ensemble autour de la table, on faisait les réunions ensemble et on a toujours travaillé ensemble et on a toujours travaillé d'une seule voix pour la nouvelle définition de la profession, pour tout. Et là on est encore en train, hier j'étais à l'Elysée et là il faut que je fasse un retour aux syndicats pour leur dire ce que j'ai fait et comment on va organiser la suite. »

Entretien avec la présidente du CNOMK, 17/10/2018.

De la même façon qu'il semble que la reconnaissance au grade licence des infirmières ait été impulsée par un arbitrage politique, les kinésithérapeutes tentent d'obtenir un arbitrage en faveur d'une reconnaissance universitaire d'un grade master plutôt que licence. Les moyens mobilisés sont ici la concertation dans les bureaux feutrés des cabinets plus que la mobilisation visible via des manifestations. Les représentants des kinésithérapeutes se posent ainsi en interlocuteurs raisonnables et modérés.

Le blocage du processus d'universitarisation et les demandes réitérées des kinésithérapeutes, additionnées à celles d'autres groupes (orthophonistes et sage-femmes notamment) aboutissent à la solution d'un rapport commandé à l'IGAS en 2013. Rédigé par Vincent Marsala¹⁰⁹⁶, un médecin de santé publique devenu inspecteur général des affaires sanitaires et sociales, il pointe la difficulté à faire rentrer les cursus paramédicaux dans le schéma LMD. En cinq ans, entre 2008 et 2013, seul deux groupes, les infirmières et les ergothérapeutes, se sont vus reconnaître un grade licence. Les blocages viennent pour partie des universités, « *qui sont de plus en plus réticentes à signer des conventions et à prendre en charge la formation des nouvelles professions [notamment pour des questions financières¹⁰⁹⁷]* »¹⁰⁹⁸ mais aussi des groupes professionnels qui refusent pour beaucoup de se résigner au niveau le plus bas du LMD : « *des arbitrages récents¹⁰⁹⁹ en faveur de certaines professions (orthophonistes et kinésithérapeutes) ont fait naître de nouveaux espoirs et attentes chez les autres professions* »¹¹⁰⁰. Si ce rapport appuie sur l'intérêt de l'universitarisation pour « égaliser » les entrées, c'est-à-dire diminuer la sélection due au concours pour recruter les impétrants via les dispositifs d'orientation post-bac, il reste prudent sur le niveau de diplomation en sortie. Pour son auteur, la licence est assez légitime pour « *répondre aux besoins du système de santé* » et le master et doctorat doivent être vue comme des possibilités marginales, rejetant la hausse générale du niveau du groupe : « *avant toute réingénierie des formations au-delà du métier socle, il importe d'abord de définir les besoins du système de santé, d'analyser les évolutions de ces besoins, et les compétences à acquérir pour répondre à ces besoins [...] qui ne se traduiront pas nécessairement par la mise en place d'un cursus complet de formation, a fortiori sanctionné par un grade de master* ».

Ce rapport, s'il marque une volonté de reprendre les discussions sur l'universitarisation des formations, s'aligne sur la position des agents du ministère de la Santé : les diplômes existant doivent être

¹⁰⁹⁶ Il était assisté par Patrick Allal, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (formé à Science Po puis à l'EHESP comme directeur d'hôpital) et Isabelle Roussel, inspectrice générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche (IRA puis administratrice civile)

¹⁰⁹⁷ Les formations paramédicales et maïeutiques sont financées par les régions depuis la loi de décentralisation de 2004 et ce rapport pointe les désaccords entre régions et universités sur le coût des prestations universitaires.

¹⁰⁹⁸ Vincent MARSALA, Patrick ALLAL et Isabelle ROUSSEL, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, Paris, IGAS, 2013, p. 5.

¹⁰⁹⁹ Bien que rien n'ait été formalisé à l'époque, le cabinet du ministère de la Santé du gouvernement Sarkozy aurait donné son accord pour une reconnaissance master aux kinésithérapeutes et orthophonistes juste avant l'alternance politique de 2012.

¹¹⁰⁰ V. MARSALA, P. ALLAL et I. ROUSSEL, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, op. cit., p. 5.

sanctionnés d'un niveau licence, être accessibles sans concours après le bac¹¹⁰¹ et si des poursuites d'études sont possibles, elles doivent avoir pour objet l'encadrement, la recherche ou d'éventuels nouveaux métiers intermédiaires seulement en cas de besoin¹¹⁰². Les représentants des kinésithérapeutes resteront toutefois ferme sur leur revendication d'un niveau master pour tous les nouveaux diplômés. En 2015 une mesure intermédiaire interviendra alors¹¹⁰³, avec une reconnaissance seulement du grade licence mais sanctionnant 1+4 ans d'études avec délivrance de 60+240 ECTS¹¹⁰⁴ (n'accordant pas un grade master de 300 ECTS mais censée favoriser une reprise d'études).

Toujours insatisfaits, mais pratiquant la politique des petits pas (ils acquiescent en 2015 à la mesure intermédiaire de 1+4 avec l'idée de la transformer en bac +5), les représentants (ordinaux notamment) des kinésithérapeutes poursuivent leur lobbying direct auprès des cabinets successifs. Ils finiront par avoir raison des réticences des administratifs du ministère de la Santé et, en 2021, leur ministre de tutelle annonce directement aux kinésithérapeutes la reconnaissance du diplôme au grade master¹¹⁰⁵.

Sur ce sujet du niveau universitaire du groupe professionnel dans son ensemble, le MESRI était relativement absent au profit du ministère de la Santé : il s'agissait de trancher pour un diplôme étranger au monde universitaire et permettant d'abord le travail en santé. A l'inverse, sur l'autre versant de l'universitarisation qui intéresse les kinésithérapeutes, l'accès à la recherche, c'est plutôt le MESRI qui prend la main. Pourtant, là encore ce sont bien les cabinets qui répondent aux demandes des groupes professionnels en mobilisant l'outil du rapport.

Les groupes paramédicaux et sage-femmes restent un maquis de diversité statutaire, et à l'occasion de l'alternance politique suivant l'élection présidentielle de 2017 un nouveau rapport est commandé pour faire un point sur la situation : les représentants de professionnels font remonter aux cabinets des insatisfactions quant aux statuts de ces enseignants -notamment sage-femmes-, plutôt marginalisés à l'université tandis que les montages financiers entre les divers partis-prenantes, écoles, universités ou régions restent contestés¹¹⁰⁶. Lancée en 2017¹¹⁰⁷ par les nouveaux ministres de l'Enseignement Supérieur

¹¹⁰¹ Sans concours officiel, l'accès à ces formations reste sélectif y compris via les applications post-bac au vu du nombre de places limité.

¹¹⁰² Cette dernière possibilité sera exploitée du côté infirmier avec la création des infirmiers en pratique avancée en 2016.

¹¹⁰³ Il semble là encore que ce soit un arbitrage au niveau ministériel qui ait validé cette solution de compromis.

¹¹⁰⁴ Système européen de transfert et d'accumulation des crédits universitaires.

¹¹⁰⁵ Le 17 Mai 2021, en collaboration avec le CNOMK, le ministre de la santé Olivier Véran s'adresse directement aux kinésithérapeutes à travers une web conférence. C'est à cette occasion qu'il annonce la reconnaissance du grade master pour les nouveaux diplômés. Annonce qui sera retranscrite dans la loi à compter du décret du 15 aout 2021.

¹¹⁰⁶ C'est en tout cas les raisons évoquées dans le communiqué de presse commun au MESRI et au ministère de la Santé en lancement de cette consultation : relancer les étapes de l'universitarisation, regarder les statuts des enseignants et des étudiants, proposer des solutions de financement. Communiqué de presse « formations paramédicales et de maïeutique dans l'université : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal lancent une mission ». 01/09/2017.

¹¹⁰⁷ Il est précédé la même année par un rapport de l'IGAS faisant suite à la « Grande conférence de santé » de 2016 et ayant pour objet « une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université ». Cependant son sujet est plus l'organisation matérielle (accès au CROUS, montages financiers entre institutions à statuts

et de la Santé, la production de nouvelles recommandations est confiée à Stéphane Le Bouler. Ce dernier est normalien, économiste, membre de plusieurs cabinets socialistes pendant vingt ans et occupait le poste de haut-commissaire pour l'avenir de l'Assurance Maladie avant cette nomination. Son travail prend la forme d'une mission d'un an de « concertation » avec les acteurs du dossier avant remise d'un rapport final. La sortie du format « IGAS » tend à montrer une volonté des cabinets ministériels de proposer des solutions nouvelles pour répondre aux attentes des groupes professionnels paramédicaux (et sage-femmes).

Ce rapport évite la question du niveau universitaire des métiers existants et pointe surtout l'intérêt de « décloisonnement » des filières et « d'accès à la recherche » que proposerait l'universitarisation. Cette position marque une différence importante par rapport aux propositions de l'IGAS : s'appuyer sur l'hétérogénéité des pratiques. Au lieu de tenter d'obtenir l'alignement de tous les groupes professionnels auxiliaires sur les infirmières, le constat d'échec de la décennie 2008-2018 impose de négocier les situations au cas par cas. Ainsi, de nombreux exemples internationaux (masters en rééducation belges, doctorats en maïeutique britanniques) et locaux (master en rééducation en partenariat entre l'IFMK et l'Université de Nice, master en pratiques avancées infirmières à Aix-Marseille) sont mobilisés, renvoyant finalement la question aux acteurs locaux et à une politique de changement par le bas, par la mise en avant des « bonnes » pratiques innovantes. Tout en reconnaissant aux différents acteurs des métiers intermédiaires la possibilité de créer des filières académiques, cette proposition disjoint cette question de celle du niveau global du groupe professionnel : le niveau « Diplôme d'Etat » reste inchangé mais des filières universitaires peuvent être reconnues localement.

Ce rapport sera suivi par le cabinet du MESRI : il s'agira de ne pas modifier le schéma de formation des métiers de la santé (le ministère de la Santé peut donc s'effacer un peu sur la question), mais de faciliter les poursuites jusqu'à la recherche et reconnaître une place à l'université pour ces docteurs :

« Aux endroits où ça va se faire, ça va se faire, parce que les gens veulent le faire. Et donc le... L'option c'est de laisser les choses se faire aux endroits où ça va marcher, en espérant que ça y produise des résultats viables... Et que ça fasse bouger le reste. »

Entretien avec la conseillère santé du cabinet de la ministre de l'Enseignement Supérieur.
Médecin MPR, PU-PH, ancienne responsable de faculté de médecine 30/01/2020

Cette ligne permet d'offrir des perspectives en réponse aux demandes des groupes professionnels, tout en laissant la gestion du maquis des professions paramédicales au ministère de la Santé. C'est ainsi qu'en 2019 sont créées trois nouvelles sous-sections au CNU (conseil national des universités) santé : une section maïeutique (CNU 90), une section rééducation et réadaptation (CNU 91) et une section soins infirmiers (CNU 92). Celles-ci viennent institutionnaliser l'existence de groupes d'enseignants-chercheurs dans ces champs liés aux actes paramédicaux. Les quelques individus pionniers déjà en postes sont ainsi sollicités pour être membres des bureaux de ces sous-sections¹¹⁰⁸. Ils disposent alors

disparates) que la question ici traitée du niveau d'étude universitaire et des perspectives de recherche rendues possibles.

¹¹⁰⁸ Les nominations des membres de ces CNU ont été faites via l'arrêté du 06 décembre 2019.

d'une certaine faculté de cooptation et de définition de ce qui est considéré comme science légitime dans leur discipline.

L'universitarisation de la kinésithérapie a été portée d'abord par les représentants des professionnels, notamment engagés à l'Ordre. La résistance la plus acharnée au processus est venue du ministère de la Santé qui, bien que soumis au cadre cognitif assez général en faveur d'une organisation LMD, a tout fait pour que le changement ne soit pas synonyme de revalorisation symbolique des formations. Face à ce blocage, les représentants des kinésithérapeutes ont parié sur les arbitrages ministériels. La question de l'accès à la recherche est alors segmentée de celle du niveau global de diplôme d'exercice. Une CNU est ainsi instituée sans résistance visible (la régionalisation des financements des formations paramédicales et sage-femmes n'y est sans doute pas étrangère, il n'y a pas d'obligation de financements MESRI pour créer des postes). A l'inverse, la reconnaissance d'une kinésithérapie française généralisée à bac+5 est nettement plus conflictuelle et ne sera obtenue qu'en 2021 (seulement pour les néo-diplômés), sur intervention directe du ministre de la Santé, lors d'une conférence avec la présidente de l'Ordre et en l'absence de tout responsable administratif de son ministère¹¹⁰⁹.

L'universitarisation est dépendante des facultés de médecine.

Pour la CNU maïeutique, les trois postes dans le collège des professeurs d'université sont occupés par des non sage-femmes (un doyen de pharmacie, un médecin de santé publique et un virologue). Le collège des maîtres de conférences est lui constitué de deux sages femmes (thèses en science de l'éducation et en anthropologie) et un médecin épidémiologiste.

Pour la CNU infirmière, le collège des professeurs d'université est constitué d'un sociologue en faculté de médecine, d'un professeur en science de l'éducation dans un département de santé publique et une professeure de pharmacie. Les infirmières sont représentées au niveau du collège des maîtres de conférences avec trois membres issus du groupe professionnel (deux infirmières issues des sciences de l'éducation et un troisième infirmier issu de la santé publique).

Enfin la CNU en science de la rééducation et de la réadaptation, en rapport avec l'absence de monopole de la kinésithérapie sur les troubles de la motricité, a vu ses sièges accordés d'abord en fonction d'une logique d'équilibre interprofessionnel : la présidente de la section est une professeure d'université kinésithérapeute (thèse en neurosciences), les deux autres membres du collège des professeurs d'université étant une orthophoniste (thèse en neurosciences) et un neuroscientifique du CNRS. Le collège des maîtres de conférences est constitué d'un enseignant APA (thèse en STAPS, approche biomédicale), d'une ergothérapeute (thèse en neurosciences) et d'un psychomotricien (thèse en psychologie, approche expérimentale).

Il est notable que l'orientation scientifique des nommés à la CNU science de la rééducation et réadaptation se démarque franchement de celles des autres sections, ce qui tient à la fois des ouvertures reçues par les acteurs de la part des universités mais aussi d'un modèle médical plus ou moins influent sur la représentation que se font les acteurs de « la » science légitime.

¹¹⁰⁹ Les dessous de cette annonce n'ont pas été enquêtés, il est toutefois à noter d'une part qu'Olivier Véran est neurologue, spécialité médicale proche de la kinésithérapie. Le traitement des patients pris en charge en neurologie passe par des rééducations sensori-motrices longues et complexes, dans un cadre fréquemment hospitalier d'où les kinésithérapeutes ont tendance à fuir. Il existe sans doute un constat personnel du ministre de nécessité de revalorisations, à minima symboliques. D'autre part, il existe une complicité visible entre Olivier Véran et la présidente du CNOMK, proximité confirmée par la désignation de cette dernière comme référente santé du candidat Emmanuel Macron pour la campagne présidentielle 2022.

Le rapport Le Bouler, suivi par le MESRI, propose alors aux kinésithérapeutes de tester localement des partenariats avec les universités pour créer des filières de poursuites d'études et d'accès au doctorat et à la recherche universitaire. Cette ouverture par le bas remet alors en jeu la profession médicale, tenante de la filière universitaire légitime de l'écologie de la santé : les expérimentations passent par l'assentiment des facultés de médecine.

Dans la droite ligne du rapport Le Bouler, cette reconnaissance institutionnelle laisse les universités totalement libres de développer ou non ce type de filières. L'expérimentation locale est vue comme le moyen le moins coûteux pour développer ces recherches sans déclencher de levées de boucliers de la part de la profession médicale, en charge jusqu'alors de la production de connaissance dans le champ.

« Je pense que le... Que c'est vraiment pas vis-à-vis de la kinésithérapie que le problème [de l'accès à des postes de chercheurs] est le plus prégnant. C'est vis-à-vis des sciences infirmières et de la maïeutique parce que c'est étroitement articulé à des problèmes de genre qui restent relativement prégnants. Euh... Donc ces obstacles-là existent, c'est une des raisons pour lesquelles y aller par la contrainte aux endroits où les obstacles sont majeurs... Ça risque fort de conduire à des solutions qui ne seront pas bonnes. Euh et qui cristalliseront des effets de fait qui ne seront pas bons »

Entretien avec la conseillère santé du cabinet de la ministre de l'Enseignement Supérieur.
Médecin MPR, PU-PH, ancienne responsable de faculté de médecine, 30/01/2020.

Le blocage médical est mis ici sur le compte d'un problème genré. Cela peut sans doute être rapproché de la trajectoire biographique de cette PU-PH hospitalière en fin de carrière, elle-même femme au sein d'un corps universitaire médical très masculinisé (Un traitement via « R » des données « open data » du MESRI concernant ses effectifs au 31 août 2021¹¹¹⁰ montre que les enseignants chercheurs de médecine sont à 61,1% des hommes). Les origines sociales différentes des infirmières, l'écart de durées d'études (et de respectabilité académique associée) ou un contenu du travail considéré comme subalterne sont sans doute des problématiques un peu plus lointaines pour elle¹¹¹¹, mais qui peuvent aussi participer à la réticence médicale à ouvrir des postes pour ces disciplines.

¹¹¹⁰ https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/explore/dataset/fr-esr-enseignants-titulaires-esr-public/information/?sort=groupe_cnu disponible au 25/02/2022. Le traitement a consisté à isoler le « Groupe CNU » Médecine et de faire un calcul d'effectifs hommes et femmes.

¹¹¹¹ Sur la durée d'études notamment, son positionnement de médecin ressort dans sa description du contenu de la formation initiale des paramédicaux : « *les maquettes pédagogiques de ces formations, là aussi c'est caricatural pour la formation en soins infirmiers mais c'est vrai pour la totalité, c'est caricatural pour la formation d'orthophonistes, ont été fait avec... une inflation du volume horaire présentiel. Que ça peut être l'occasion de questionner* ». C'est-à-dire que, pour elle, les auxiliaires cherchent de façon illégitime à allonger leurs propres durées de formation pour se rapprocher des médecins, alors que ces savoirs nouveaux ne leur sont sans doute pas nécessaires.

Sur le rôle de l'origine sociale comme frein à l'accès à des postes académiques en facultés de médecine, elle combine une forme de réflexivité (elle admet que cela doit jouer pour les infirmières) mais considère cette problématique comme moins importante que la question de genre. Sa trajectoire biographique personnelle, fille d'une professeure d'Histoire Géographie (ayant publié des ouvrages sur l'éducation) et d'un ingénieur de formation ayant eu une carrière de haut fonctionnaire international, conjointe d'un ingénieur chef d'entreprise, joue alors sans doute. Malgré sa connaissance fine des sciences sociales, les forts capitaux sociaux et culturels dont elle bénéficie la porte sans doute à négliger partiellement la différence de classe sociale qui existe entre la médecine et certains métiers auxiliaires.

C'est cette même crainte du pouvoir de blocage médical qui décide du statut de ces enseignants-chercheurs. Alors que dans le CNU santé le statut bi-appartenant¹¹¹² est la norme, ces enseignants chercheurs issus des corps auxiliaires seront mono-appartenant :

*Enquêteur : [Ces enseignants-chercheurs seront] des mono-appartenant ? pourquoi ce choix ?
Conseillère Santé MESRI : Parce qu'on y serait pas arrivé sinon. Euh parce qu'on y serait pas arrivé sinon, si on avait voulu que ce soit des bi-appartenant la question se serait posée de savoir si c'était exactement le même statut que les hospitalo-universitaires, médecine pharmaciens, odonto ou pas et si on avait ouvert cette marmite là, on ne savait pas remettre le couvercle et on y serait pas arrivé [...] C'est-à-dire que... Se posait la question pour d'autres sections d'enseignants-chercheurs actuels, les psycho par exemple. De savoir si, dans quelle catégorie ils rentreraient, comment on faisait... se serait posée, derrière, la question de « est-ce qu'il faut faire évoluer le statut hospitalo-universitaire ? », de toute façon qui est une question ouverte et pas traitée pour l'instant. Se serait posée la question de savoir si on élargissait des sections. Si on avait fabriqué des sections... je prends l'exemple de réadaptation et MPR, que vous preniez tout à l'heure. Si on avait fabriqué un statut hospitalo-universitaire, on pouvait se demander si on mettait les médecins et d'actuels paramédicaux dans les mêmes sections ou pas. Alors voyez un peu s'il avait fallu aller discuter de savoir si la section HU [hospitalo-universitaire] d'obstétrique se mettait à contenir des sage-femmes ? [elle rit] Ça posait la question de statut de PH [praticien hospitalier, statut des médecins] des sage-femmes qui est une de leur revendication depuis longtemps, enfin on ouvrait une marmite dans laquelle on savait qu'il y avait un tel nombre de discussions et de conflits qu'on y arriverait pas. »
Entretien avec la conseillère santé du cabinet de la ministre de l'Enseignement Supérieur.
Médecin MPR, PU-PH, ancienne responsable de faculté de médecine 30/01/2020*

L'image de la marmite et de son couvercle à conserver hermétiquement fermé tient là encore de la position de PU-PH médecin de cette conseillère : il s'agit, pour la profession dominante, de garder l'ensemble des acteurs du champ médical sous contrôle et donc d'être très précautionneux quant aux distinctions à accorder. Mais, au-delà, cela représente assez bien la position des acteurs du MESRI vis-à-vis des professions de santé : c'est un ensemble complexe de hiérarchisations informelles et de revendications corporatistes qu'il vaut mieux garder à distance. La crainte d'un conflit avec le ministère de la Santé si l'ordre social du champ médical est déstabilisé rend ces acteurs prudents. Si l'exemple international joue ici en faveur du développement d'une filière de recherche dans des domaines d'action des auxiliaires où la médecine est peu présente, il s'agit cependant de ne pas interférer dans la ligne de partage entre les médecins et les paramédicaux (et sage-femmes). Si le statut mono-appartenant permet le développement d'une mission sur lequel le MESRI présente une légitimité, rendre possible une recherche française dans le secteur, le statut bi-appartenant entre en confrontation avec la hiérarchie du travail médical. Autoriser ce statut aux auxiliaires reviendrait à convenir qu'ils peuvent réaliser un travail clinique dans un cadre universitaire, c'est-à-dire reconnaître que leur travail sur les malades est autonome de la tutelle médicale. La position des médecins s'en verrait considérablement affaiblie, avec une possible contagion à d'autres acteurs plus éloignés du champ médical. Une composante sectorielle

¹¹¹² Le statut bi-appartenant, spécifique aux disciplines médicales et issu des réformes Debré de 1958, est le statut principal des médecins enseignants-chercheurs qui conservent, en sus de ces deux activités, des activités de praticiens hospitaliers (PH).

joue dans cette politique du MESRI : il s'agit de rester collé à la question universitaire et de monter une filière d'enseignement-recherche sans perturber les rapports de domination entre médecins et auxiliaires. Pris entre des pressions contradictoires des agents du ministère de la Santé, des représentants de professionnels, des universités et des médecins, le MESRI (administratifs et cabinet) institutionnalise alors une filière doctorale reconnue comme ouvrant des nouveaux champs de recherche (entérinés par trois sous sections de CNU) mais laisse son déploiement à l'initiative des universités.

Au sein des universités françaises, c'est bien les facultés de médecine qui décident alors du sort à réserver à ces nouvelles filières. Classées dans les sections santé, elles sont très liées aux groupes professionnels existant et à leurs écoles : il s'agit de promouvoir l'accès à la recherche des kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmières ou sage-femmes. A ce titre, les autres composantes universitaires ont peu d'espaces de contact avec ces nouveaux acteurs universitaires : les instituts de formation initiale sont conventionnés avec les universités via leurs composantes santé¹¹¹³ (c'est-à-dire d'abord les facultés de médecine). De plus, les nouveaux qualifiés, pour entrer dans le champ de ces CNU, doivent montrer des recherches en rapport avec le soin. Enfin, leur destination est avant tout l'encadrement des étudiants de leur propre métier¹¹¹⁴. Les doyens de médecine ont alors la main haute sur la création de postes universitaires : les négociations pour les ouvertures de postes d'enseignants-chercheurs se déroulent entre les universités (poussées par la composante santé) et les régions (en charge du financement du volet enseignement). Même si la proximité du groupe des kinésithérapeutes au corps médical constitue un atout pour obtenir des ouvertures de postes, au vu de la tension sur les ressources financières des universités¹¹¹⁵, le recrutement reste faible. Sur les deux premières années 2020 et 2021, 5 recrutements (dont 3 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute et 1 orthophoniste) ont ainsi eu lieu parmi les qualifiés de la section rééducation et réadaptation contre 2 recrutements en soins infirmiers et 2 recrutements en maïeutique.

Sur les 3 postes attribués en 2021 à des kinésithérapeutes qualifiés en CNU 91, l'un est ouvert à la faculté de médecine de Lyon1, où le doyen est MPR et où le candidat reçu est un kinésithérapeute ayant réalisé sa thèse (de neurosciences) sous sa direction. Un second est ouvert à Limoges et destiné à l'IFMK universitaire local, dont le directeur est chef de service MPR du CHU (la kinésithérapeute embauchée comme maitresse de conférences a réalisé une thèse en biomécanique appliquée à des patients porteurs

¹¹¹³ Il s'agit d'une obligation légale, précisée à l'article 1 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute : « *dans le cadre de l'intégration de la formation des masseurs-kinésithérapeutes au processus licence, master, doctorat, les instituts de formation en masso-kinésithérapie passent une convention avec une université disposant d'une composante santé et le conseil régional* ».

¹¹¹⁴ Il existe bien sûr des exceptions. Les sciences infirmières font la part belle aux SHS, laissant entrevoir des possibilités de postes dans ces composantes universitaires. Quant aux kinésithérapeutes, il existe un lien avec les STAPS, rendant possible là encore des trajectoires alternatives. Néanmoins il existe un lien fort entre métier initial, trajectoire de recherche et postes dans les instituts du groupe professionnel.

¹¹¹⁵ Christine Musselin cible notamment le manque de financements destinés à des postes statutaires d'enseignants-chercheurs. Christine MUSSELIN, « Les paradoxes de la LPPR ou pourquoi l'annonce de moyens supplémentaires est-elle source de résistances ? », *Revue française de pédagogie*, 207, 2020, p. 41-48.

de problèmes neurologiques). Le troisième poste est ouvert à Besançon, en lien avec le service de neurologie. Le lauréat est ainsi un kinésithérapeute déjà titulaire d'une HDR (thèse en STAPS/biomécanique), directeur d'un IFMK de la région et ayant déjà de nombreuses collaborations avec les équipes médicales régionales.

Le rôle des médecins MPR ou de spécialités proches de la rééducation (neurologie) est prépondérant dans cet accès aux postes universitaires :

« C'est nous qui allons les donner, les facs de médecine. Les postes. Si vous voulez. Je crois qu'il faut voir les choses comme elles sont, on va les redistribuer parmi nos postes. Le ministère va pas créer des postes, c'est nous qui allons donner des postes. C'est-à-dire qu'on va prendre des postes qu'on a dans nos effectifs universitaires en considérant, oui, on crée un poste en rééducation, c'est ce qu'on va faire, on en a déjà discuté entre nous [...] On doit être au rendez-vous de ça. Ecoutez, quand vous savez le service que rend la kinésithérapie dans la bronchiolite, dans la mucoviscidose de l'enfant... chez le patient tétraplégique. Je connais des patients tétraplégiques depuis 40 ans qui vivent à domicile, le travail extraordinaire que font les kinésithérapeutes qui les suivent. Si nous on est pas là pour défendre ça, si on est pas là pour aller de l'avant je veux dire, on est pas à la hauteur. Donc moi ça me posera aucun problème. »
Entretien avec un doyen de faculté de médecine de province, PU-PH de MPR, 11/04/2019

Cette position peut s'interpréter, de la part d'une spécialité MPR dominée mais à exercice très hospitalier et à la tête de services comptant de nombreux lits (25% des lits hospitaliers français sont des lits de médecine physique et réadaptation¹¹¹⁶), comme une opportunité pour faire entrer des alliés au sein des facultés (*« on crée un poste en rééducation »*), capables d'augmenter leur poids et leur potentiel de recherche.

Ainsi, dans ces premiers instants de création d'une discipline universitaire, les postes d'enseignants-chercheurs doivent beaucoup à des dynamiques locales singulières et à la bienveillance médicale envers une kinésithérapie considérée comme proche :

« Ecoutez il n'y a pas photo entre un kinésithérapeute et un ostéopathe. Euh, enfin, moi je dis les choses, je parle franchement, de même il y a pas photo entre un kinésithérapeute et un moniteur d'APA, ils ont pas la même formation scientifique. Je dis pas qu'ils sont pas compétents mais [...] un enfant myopathe, un enfant greffé pulmonaire, une bronchiolite, un jeune tétraplégique, un AVC, moi je veux dire j'ai confiance quand c'est un kinésithérapeute qui le prend en charge. Parce qu'il connaît la maladie, il connaît la physiologie, il connaît l'anatomie... »

Entretien avec un doyen de faculté de médecine, PU-PH de MPR, 11/04/2019

¹¹¹⁶ En 2018, la DREES comptabilisait 396 000 lits d'hospitalisation complète en France, en diminution dans tous les secteurs hormis justement les SSR. En 2018, 106 000 lits d'hospitalisation sont ainsi en soins de suite et réadaptation. DREES, « Les capacités d'accueil à l'hôpital », in *Les établissements de santé Edition 2020*, Paris, 2020, p. 24-28.

Selon l'ATIH (Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation), en 2018, 12,8 millions de patients ont été hospitalisés en France et, parmi eux, 1 million en soins de suite et réadaptation, pour des séjours souvent longs (35 jours de moyenne). Cela s'explique notamment par l'importance des hospitalisations post chirurgicales (93 000 patients hospitalisés suite à des poses de prothèses de hanche ou de genou) et des pathologies neurologiques (54 000 patients suivis en post Accident Vasculaire Cérébral). Voir notamment <https://www.ars.sante.fr/les-chiffres-cles-de-lhospitalisation>, en ligne le 25/02/2022.

Cette bienveillance tient beaucoup à l'inscription de la kinésithérapie dans le champ médical. Si les ostéopathes et enseignants APA, cités par ce doyen, sont ainsi mis à l'écart c'est justement par leur méconnaissance supposée de la science légitime. Derrière cette argumentation, le reproche qui leur est fait est celui de ne pas se soumettre à l'ordre social prévalent dans cet espace : ils ne sont pas formés sous l'œil des médecins et sont présumés ne pas avoir incorporés le savoir (la part congrue) nécessaire.

La réticence du MESRI à imposer aux universités des créations de postes massifs pour les trois nouvelles filières qu'elle reconnaît est due à sa volonté de ne pas modifier l'équilibre social existant dans le champ médical. La main est alors laissée à la profession dominante, pour organiser à sa guise son écologie d'auxiliaires et arbitrer les distinctions à leur accorder. Les kinésithérapeutes trouvent alors, dans leur proximité aux médecins, un avantage concurrentiel pour l'ouverture de postes par rapport à leurs collègues infirmières ou sage-femmes. Cet avantage reste cependant modéré, au vu des faibles marges de manœuvre des universités quant aux budgets alloués aux créations de postes universitaires.

Le processus d'universitarisation institutionnelle est poussé par les représentants des corporations d'auxiliaires dans un cadre de changement touchant l'enseignement supérieur. Ainsi, la montée des comparaisons internationales (où les sciences paramédicales peuvent exister), l'inclinaison de l'université à s'ouvrir au monde socio-économique et aux professionnels, ainsi que la croissance des disciplines appliquées sont autant de conditions favorables. Les représentants des kinésithérapeutes arrivent alors à inscrire l'universitarisation à l'agenda du ministère de la Santé, profitant d'une démarche globale des paramédicaux, tout en essayant de s'en distinguer par l'obtention d'un grade master. À côté de la logique de reconnaissance d'un niveau de formation pour l'ensemble du groupe, les représentants ordinaires (mais aussi syndicaux et d'étudiants) militent pour l'institutionnalisation d'une filière d'enseignants-chercheurs. Si une reconnaissance est ainsi apportée via le MESRI, sa mise en place reste très dépendante des facultés de médecine et des relations et intérêts des groupes médicaux en place. Le cadre général de rationalisation budgétaire et la concurrence exacerbée pour les postes académiques compliquent alors les ouvertures de postes, les laissant comme marginaux au sein des universités. Cette marginalité et l'ambiguïté de la cooptation médicale expliquent alors pour partie les orientations de recherche que vont adopter les kinésithérapeutes et leur positionnement dans ce nouvel espace de l'enseignement supérieur.

Bien que divisés quant à la « bonne » universitarisation, les enseignants kinésithérapeutes et les représentants ordinaires ont su trouver un terrain d'entente autour d'une filière de recherche et d'un « grade master » pour tous. Ces communs ont rencontré des acteurs de tutelle eux-aussi divisés, entre un MESRI en retrait mais plutôt conciliant et un ministère de la Santé favorable à un maintien des auxiliaires à une position nettement subalterne. Ce contexte explique qu'un arbitrage issu du cabinet ministériel de la Santé ait été nécessaire pour faire avancer le processus, mais aussi que la solution

finalement retenue soit de laisser la main aux acteurs locaux. Un « grade master » est accordé, mais les intégrations universitaires ne sont pas imposées et dépendent des volontés locales des IFMK et des universités. Une filière de recherche est institutionnalisée, avec une reconnaissance d'une sous-section de CNU spécifique aux métiers de la rééducation, mais sans attribution de budgets nationaux clairement dédiés et selon la logique de l'ouverture des postes par des volontés locales. Cela contribue alors à réaffirmer la dépendance des kinésithérapeutes à la profession médicale, maîtresse d'œuvre des intégrations universitaires ou des ouvertures de postes en facultés de Santé.

Section 2 Les kinésithérapeutes s'emparent de la recherche : un alignement sur la biomédecine utilitariste qui restreint le champ des possibles.

Si la politique publique ayant conduit à institutionnaliser une filière de recherche universitaire a mis aux prises des acteurs avec des agendas variés, les kinésithérapeutes s'emparant de ces opportunités le font dans un espace des possibles assez restreint. En s'appuyant sur les trajectoires biographiques des acteurs de la recherche, il sera montré que ceux-ci n'ont que peu l'occasion de questionner leur approche scientifique et qu'ils se placent avant tout dans les pas de chercheurs déjà en place, sur des sujets jugés suffisamment proches et selon des méthodes jugées suffisamment légitimes. Le développement des « sciences de la rééducation » rappelle qu'une discipline académique ne naît pas de nulle part, mais s'appuie sur les savoirs et les institutions préexistantes. C'est en ce sens que le développement de la recherche kinésithérapique est loin d'être autonome mais repose au contraire sur l'imitation du modèle médical.

a) Les pionniers de la recherche, une intégration universitaire limitée aux composantes proches, déterminant majeur des orientations scientifiques légitimes.

Plus ou moins armés selon leurs écoles de formation, les kinésithérapeutes développent une recherche « par le bas » qui s'interroge sur le travail effectué. Cela rejoint le constat fait au chapitre 2 de l'autonomie de fait dans le travail et de la confrontation à des choix prudents. Les spécialités médicales supervisant historiquement les soins de rééducation (MPR au premier chef) ne produisent que peu de recherche, ce qui ouvre des opportunités à des kinésithérapeutes, qui peuvent alors faire des propositions pour améliorer les pratiques, orienter les choix thérapeutiques ou développer une connaissance disciplinaire. Dans le cas de la pédiatrie (chapitre 2), aussi bien à l'hôpital qu'en ville, les soins moteurs aux enfants ne sont souvent qu'une problématique mineure des médecins¹¹¹⁷. C'est ainsi que les bébés sont le plus souvent reçus par les kinésithérapeutes sans consignes, et parfois sans

¹¹¹⁷ Jérémy ROLLIN, « Les interventions précoces de développement chez les nouveau-nés prématurés : une prise en compte perfectible », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-228, 2020, p. 3-10.

diagnostic. Ces acteurs, majoritairement en exercice libéral, se retrouvent seuls, et parfois démunis, devant leurs patients. Comme dans le cas de l'analyse des « Mouvements Généraux », ce sont donc des kinésithérapeutes en exercice qui, directement, sans intermédiaire médical, s'emparent d'innovations répondant à leurs préoccupations dans leur travail.

Certains d'entre eux peuvent alors tenter de produire par eux-mêmes des recherches portant sur leurs pratiques. Des « recettes » empiriques circulent depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle¹¹¹⁸, souvent proposées par le corps des cadres kinésithérapeutes. Mais celles-ci perdent progressivement de leur force de conviction : l'exemple international, où des kinésithérapeutes étrangers testent leurs savoir-faire selon des méthodologies scientifiques, semble bien plus désirable pour les réformateurs français. Il y a, dans cette appétence à copier les méthodologies biomédicales (de la corporation médicale française ou de kinésithérapeutes d'autres pays), un doute sur la validité de la boîte à outil actuelle mais aussi l'expression d'une urgence à objectiver quantitativement les résultats produits pour assurer la position sociale. Il s'agit, pour ces kinésithérapeutes, de se rassurer et de se légitimer.

Ce phénomène, à mettre en lien avec le schéma plus global de rationalisation du secteur sanitaire, est concomitant avec une ouverture de l'université aux kinésithérapeutes. Celle-ci se fait selon une logique de proximité et est d'abord le fait de deux filières : STAPS et médecine. C'est au sein de ces composantes que seront acquises des compétences scientifiques et de légitimation.

Les pionniers, des kinésithérapeutes en exercice rencontrent des occasions de déplacement social

L'établissement d'une recherche universitaire s'est appuyé sur des expériences pionnières au sein de l'université. Elles ont été le fruit de trajectoires singulières, de kinésithérapeutes engagés dans leur travail qui ont bénéficié de relations personnelles fortes avec des médecins les accompagnant dans leurs démarches. Outre cet appui sur le monde médical, institutionnellement, il est à noter que c'est une autre proximité, avec l'espace des sports, qui a permis d'inscrire ces recherches dans un cadre STAPS, à une époque où les facultés de médecine pouvaient être réticentes à intégrer des non-médecins. Quelques figures de pionniers marquent l'entrée des kinésithérapeutes à l'université, dans cet espace étroit de rencontre entre l'activité physique et la médecine. Parmi les plus anciens, figure une personnalité faisant la jonction entre l'époque des cadres de santé et l'époque moderne : Mme F. Diplômée dans les années 1980 sous la mouture du monitorat cadre kinésithérapique, elle sera parmi les premiers kinésithérapeutes à pourtant s'orienter vers les titres universitaires, jusqu'à devenir en 2019 la première professeure d'université kinésithérapeute à siéger dans la nouvelle sous-section du CNU science de la rééducation

¹¹¹⁸ A titre d'exemple la méthode de Kabat, proposée à partir de 1948, a longtemps été une méthode de renforcement en neurologie. Michel DUFOUR, Patrick COLNE et Stéphane BARSİ, *Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques. Tome 1, Tome 1*, 2020. Aucune évaluation académique n'existe à ma connaissance pour la justifier.

et de la réadaptation (dont elle prend la présidence). Elle permet donc de saisir toute l'étendue des changements intervenus entre la démarche pionnière et l'institutionnalisation de cette recherche.

Mme F est fille de cadres supérieurs de province (mère directrice de cabinet préfectoral, père officier dans la police nationale). Diplômée comme kinésithérapeute en 1976, elle entre ensuite au CHU de sa préfecture de région. 5 ans après, elle devient moniteur cadre du service de gériatrie où elle fera l'essentiel de sa carrière. Là, elle travaille sous les ordres d'un « mandarin » atypique pour l'époque qui la prend sous son aile et l'associe à ses recherches. C'est grâce à ce soutien qu'elle enfonce les portes d'une université très cloisonnée :

« Mme F : j'ai fait un DEA en 90. 1990, alors que j'étais cadre de santé et j'ai soutenu ma thèse en 97.

Enquêteur : A l'époque en 90 c'était facile d'accéder à l'université ? vous aviez un diplôme préalable ?

Mme F : Ah pas du tout, non, non, pas du tout, c'était un vrai parcours [...] c'était pas facile et c'était même un peu inimaginable, c'est-à-dire que l'entrée en DEA, à l'époque c'était un DEA qui était rattaché à la fac de médecine. On en était pas encore à l'UFR santé comme on la connaît aujourd'hui. C'était la fac de médecine et j'ai pu être acceptée en DEA grâce à l'équipe de gériatrie dans laquelle je travaillais. Qui m'a permis très tôt de m'associer à des papiers de publications. Et quand je dis m'associer, c'est même plus que ça, c'est-à-dire que lorsqu'à l'époque, c'est-à-dire surtout en langue française mais c'est moi qui écrivais, on me laissait la place de premier auteur, qui est la place noble normalement dans les publications. Euh ce qui était très, très, rare à l'époque.

Enquêteur : Quand vous dites l'équipe de gériatrie, on est d'accord qu'il s'agit des médecins ?

Mme F : Ben à l'époque oui c'était les médecins, absolument. Mais qui avaient en l'occurrence compris l'importance de la rééducation gériatrique. Et qui m'ont grandement facilité les choses à l'époque [...] Il y avait à l'époque un conseil supérieur de l'université. Pour lequel j'ai déposé un dossier, appuyé par mon patron de l'époque. Euh et... On a regardé ce dossier, je dois dire sans hostilité en tout cas, et en disant « ben voilà, oui, on pourrait vous accueillir effectivement en DEA. Pourquoi pas etc... A partir du moment où vous validez... ». La seule condition qui m'a été mise ça a été d'aller valider à l'époque au CNAM [Conservatoire Nationale des Arts et Métiers] une unité de valeur de biostatistiques. Voilà. Donc en parallèle j'ai validé au CNAM des biostats. Et puis on m'a accepté en DEA, je vais dire ça comme ça. Donc j'étais toute seule de mon... De ma nature [kinésithérapeute]. C'était des médecins, tous les autres étaient des médecins. Et on était à la première vague des médecins, la première génération des médecins qui, pour devenir PU-PH, devaient refaire une thèse de science. C'est-à-dire qu'on leur avait enfin expliqué que leur thèse était un diplôme d'exercice et pas une thèse d'université. Et c'est la première génération qui s'est dit... Il faut qu'on fasse une thèse de sciences [...] Et je me suis retrouvée toute seule au sein de ce groupe et d'ailleurs humainement et relationnellement ça n'a pas été bien facile au départ. »

Le soutien de son chef de service est un facteur clé dans une recherche qui se fait alors uniquement entre médecins. En plus de ce soutien de poids, il lui est demandé une preuve de sa légitimité à intégrer le cursus, en l'occurrence un diplôme de biostatistique. Ce n'est finalement pas tant sa capacité à comprendre le corps humain et la pathologie qui est mise en doute, mais bel et bien le maniement de l'outil de preuve légitime : la capacité à faire des inférences via une production chiffrée. C'est ainsi plus sur le côté outil de recherche que sur le côté praticienne médicale qu'est discutée son insertion académique. La pratique dans une spécialité dominée de la médecine, pendant remarquable à la

spécialité pédiatrique du chapitre 2, n'est là encore pas innocente. Ce chef de service est un « mandarin » dans sa spécialité gériatrique mais dominé dans une faculté de médecine à la main de spécialités cliniques beaucoup plus prestigieuses. C'est donc à nouveau dans ces espaces où les médecins peuvent voir un intérêt à trouver des alliés que les subversions se produisent. Si les conditions sont favorables, c'est cependant bien le questionnement sur le soin rééducatif qui pousse Mme F dans ce projet :

« D'organiser la rééducation... qui à l'époque pointait son nez comme une spécificité gériatrique... ça, ça me plaisait. Mais l'école de Rennes, les postes de cadre... tout ça, ça m'intéressait pas du tout. J'avais... Voilà, une espèce de curiosité scientifique, je peux pas vous dire d'où elle me venait mais probablement bien aidée, bien cultivée encore une fois par les gens avec lesquels je travaillais, parce que... On découvrait, on commençait à découvrir le vieillissement de la population... Et on commençait à s'interroger sur les raisons qui faisaient que telle personne se levait pas de son fauteuil ou avait du mal à marcher. Des niveaux de connaissance qui étaient extrêmement bas et une population qui... Vieillissait j'allais dire. Et amenait son lot... Une sémiologie mal connue. Et donc je me suis trouvée dans cette vague-là. Avec des gens qui se posaient vraiment des questions et moi avec voilà. »

Mme F bénéficie d'un terreau favorable pour produire une recherche sur ces questions : elle est sous l'aile médicale (qui maintient ainsi un contrôle) mais réalise un travail de recherche que cette frange médicale dominée n'arrive pas à assurer.

Son parcours universitaire reste pendant longtemps peu reconnu institutionnellement et elle continue à exercer comme cadre de santé. Elle intervient dans l'IFMK local, ainsi que lors de formations continues des personnels hospitaliers. Sa position de cadre hospitalier dans un environnement encore peu rationalisé lui permet de dégager un temps informel pour de la recherche. Cette production continue et son encadrement d'étudiants kinésithérapeutes lui permettent de passer une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) en 2006. Il est notable que si le doctorat a été délivré directement par la faculté de médecine (à une époque où le système d'Ecoles Doctorales disciplinaires était moins marqué), son HDR sera, quant à elle, passée via la discipline STAPS (au sein d'une école doctorale « sciences de la vie »). Ce n'est qu'après l'HDR que son intérêt pour un changement statutaire se précise :

« Mme F : A l'époque je ne pensais même pas pouvoir demander une qualification. Et que... Mon patron, encore une fois, à l'époque m'a dit « on pourrait peut-être, si tu veux, on pourrait essayer de voir si tu pourrais pas avoir un poste de maitre de conf ». Je venais de faire 30 ans de clinique, j'ai vu ça comme une opportunité et pour moi, la qualification... Je devais passer d'abord par une qualification de maitre de conf. Lui avait pensé à autre chose vu qu'il m'avait proposé de monter un dossier sur un poste de prof... associé. Un prof de PAST, qui a dû d'ailleurs se monter mais que je n'ai pas eu je crois.

Enquêteur : C'est de toute façon un poste temporaire PAST de mémoire, c'est 3 ans renouvelable une fois.

Mme F : Voilà. C'est ça. Donc... fort de ça, j'ai demandé une qualification en STAPS, que j'ai eu... et il y a eu un bricolage de poste, je suis arrivée à l'université sur ce qu'on appelle un poste gagé, c'est-à-dire qu'il y avait pas vraiment un poste, mais la formation continue pour laquelle je travaillais déjà depuis un certain temps, le département de la formation continue à l'université. Euh, avait besoin d'un maitre de conf.

Enquêteur : A l'UFR médecine... ?

Mme F : Non, oui... Si vous voulez [dans mon université] il y a un département global de formation continue avec une entité effectivement médecine, mais le département est global. Et c'est le département global qui m'a recruté, le poste étant gagé. »

Ce n'est qu'en 2010, à 55 ans, que Mme F devient maîtresse de conférences, continuant à temps plein le travail qu'elle faisait déjà de manière informelle. Son arrivée à l'université remet alors en évidence la position intermédiaire de la kinésithérapie entre médecine et STAPS :

« En 2015 j'ai dû demander ma qualif [comme professeur d'université en CNU STAPS], je l'ai eu... Et ensuite... j'ai passé un comité de sélection pour être recrutée à l'[Université] comme PU. Et là il y a eu des mois de transactions auxquelles moi je n'ai pas participé directement entre médecine et STAPS. Pour des raisons de poste et de budget et d'assise financière du poste quoi. Et là culturellement j'ai senti... Alors j'étais très implantée en médecine. On peut dire reconnue voilà ; J'étais très implantée en STAPS parce que j'étais dans ce labo depuis très, très longtemps. Et je pense qu'à la fin, alors il y a eu sûrement des arguments très budgétaires, très financiers. Mais quand même, culturellement pour médecine, recruter un PU qui ne soit pas médecin, ça restait extrêmement difficile. C'est comme ça que je l'ai senti quoi, que je l'ai vécu. Parce qu'il y a quelques PU en médecine, qui sont pas des bi-appartenants, qui sont des mono-appartenants, je pense à l'économie de la santé, je pense maintenant à pharma, parce qu'ils sont dans le même truc. Des choses un peu comme ça, à la marge. Mais le modèle du PU en médecine, c'est le bi-appartenant PU-PH. Et donc ça a été compliqué et puis finalement c'est STAPS qui a fini par ouvrir les portes, il y a eu un comité de sélection... J'avais dépassé depuis longtemps l'âge d'être dans cette situation. Parce que je ne vous ai pas dit mon âge mais je vais avoir 65 ans en aout. Donc je joue mes dernières cartouches. Euh c'est très confortable parce que du coup j'ai pas de carrière à faire, j'ai rien à gagner... C'est très sympa. Mais du coup en 2016, il y a 4 ans j'avais 61 ans, donc j'ai été nommée PU j'avais 61 ans. »

Mme F montre ainsi la tension pour intégrer des postes en faculté de médecine sans être médecin. Elle a été soutenue par une frange d'entre eux pour accéder à l'université et pour faire de la recherche. Cette dernière est liée à des préoccupations médicales, comprendre la motricité des personnes âgées et les possibilités d'amélioration via la rééducation. Pourtant c'est vers STAPS que l'institution la renvoie au moment des nominations. C'est-à-dire que cette filière, moins prestigieuse que médecine, sert de variable d'ajustement à l'extension de la recherche du champ médical. Dans un possible échange autour de sujets de recherches biomédicaux partagés et d'un « accès au patient » pour des enseignants-chercheurs STAPS¹¹¹⁹, ces laboratoires mixtes sont les réceptacles des auxiliaires médicaux valeureux, intéressants pour le corps médical, mais difficilement nommables au même niveau symbolique que les médecins. Mme F peut être professeure des universités, mais pas professeure des universités en faculté de médecine. Cette utilisation de la filière STAPS comme filière médicale secondaire est visible à travers le cas de Benjamin, kinésithérapeute doctorant sous l'aile d'un médecin et enregistré en STAPS :

« Le directeur de [mon] master était pro kiné, c'était un chirurgien orthopédique, professeur [d'université et praticien hospitalier] [...] qui a bataillé pour que la kiné devienne universitaire, qu'on forme des kinés en master et qui a facilité l'ouverture des doctorats de STAPS auprès des kinésithérapeutes [...] Les STAPS de [cette université] étaient forcément liés à la faculté de médecine [de cette même université], surtout qu'ils avaient créé un projet commun, STAPS et ce professeur-là, ils avaient fait installer un laboratoire de recherche dans le service de rééducation de l'hôpital [universitaire jumelé]. Ce matériel appartenait aux STAPS et a été localisé dans le service de rééducation. Ça permettait aux STAPS de faire de la recherche sur des patients de l'hôpital, auxquels ils n'auraient pas eu accès s'ils étaient restés avec leur labo [...] Ils avaient la pression parce que [ce professeur de médecine] leur disait « on vous a mis à

¹¹¹⁹ Il s'agit essentiellement d'hypothèses, l'enquête n'a pas été menée du côté des UFR STAPS.

disposition des facilités d'accès au parcours de soin des patients, donc vous, vous devez en échange jouer le jeu et intégrer des professionnels de santé ». »

Entretien avec Benjamin, kinésithérapeute docteur en STAPS avant une reconversion en médecine (internat de MPR au moment de l'entretien). Mère cadre supérieure, père absent.
23/02/2021

Les UFR STAPS, sont eux-mêmes soumis à des tensions quant aux nombres de postes universitaires et connaissent une forte concurrence interne. Aussi, si les UFR STAPS peuvent localement ouvrir leurs cursus diplômants, parfois sous pression de médecins universitaires, ils peuvent dans le même temps mettre en place des stratégies visant à marginaliser ces étudiants « extérieurs » et éviter une trop grande pression sur les postes académiques dédiés à la filière. Ainsi, Benjamin réalise sa thèse sous la double tutelle du professeur de médecine précité et d'un professeur STAPS (ce qui permet l'inscription académique auprès de la composante). Benjamin ressent alors chez ce dernier une réticence à l'accompagner dans une démarche académique :

« Au laboratoire [STAPS] il y avait une guerre phénoménale entre les STAPS qui faisaient une thèse de science pour avoir des postes. Donc moi j'étais jamais au labo, je bossais chez moi et j'allais au labo que pour voir mon directeur [PU STAPS]. Je ne vivais pas l'expérience doctorale avec les boursiers et avec tous ceux qui étaient au labo toute la journée. Mais par contre j'avais des échos... et l'ambiance était à couteaux tirés... Entre tous les doctorants parce qu'ils voulaient tous une place, du coup j'ai vu que c'était quand même une guerre professionnelle pour avoir un poste, et ça, ça me plaisait pas du tout. Et un jour, j'ai entendu mon directeur de thèse discuter, parce qu'il a pas vu que j'étais là, discuter avec des autres doctorants STAPS et ils lui posaient la question « mais toi ton doctorant, on le voit jamais, est-ce qu'il va se présenter aux concours d'enseignants-chercheurs et tout... ». Il dit « non, non, pas du tout... On l'aidera pas dans ce sens-là. » »

Entretien avec Benjamin, kinésithérapeute docteur en STAPS avant une reconversion en médecine (internat de MPR au moment de l'entretien). Mère cadre supérieure, père absent.
23/02/2021

Les filières médecine et STAPS sont asymétriques¹¹²⁰ : la médecine peut ainsi s'appuyer sur cette dernière pour monter les premiers parcours universitaires de ses auxiliaires. Toutefois les UFR STAPS disposent d'une large autonomie, et les quelques postes académiques offerts à des kinésithérapeutes n'ont pu l'être qu'avec un agrément réciproque.

¹¹²⁰ Si le « prestige » social est une notion très subjective, il est toutefois possible de pointer deux éléments de hiérarchisation : l'ancienneté des facultés de médecine vis-à-vis de la relative jeunesse des facultés centrées sur l'activité physique. Ainsi les UFR STAPS ne sont incluses complètement au sein de l'Université que depuis 1987 (en lien avec la loi Savary de 1984), même si elles étaient précédées par des Unités d'Enseignements et de Recherche en EPS depuis 1968. L'autre facteur de hiérarchisation, bien que dénoncé par les sociologues, de Pierre Bourdieu (P. BOURDIEU et J.-C. PASSERON, *Les héritiers, op. cit.*) à Paul Pasquali (P. PASQUALI, *Héritocratie, op. cit.*), relie le « prestige » des institutions d'enseignement au « mérite » des impétrants. Les facultés de médecine se distinguent alors par un recrutement social parmi les classes les plus aisées de la société, avec des étudiants en forte réussite scolaire, tandis que les UFR STAPS ont un recrutement bien plus diversifié, acceptant des étudiants avec des résultats scolaires bien plus divers (en tout cas depuis la fin du concours d'entrée en 1995). R. BODIN et S. ORANGE, « Déjouer les pronostics scolaires et les destins sociaux. Sur quelques représentations et usages de la filière Staps », art. cit ; Lucie FORTE-GALLOIS, « Capacité limitée et égalité des chances d'entrer en licence STAPS. Premiers résultats d'une enquête monographique de quatre ans (2012-2016) », *Sciences sociales et sport*, 2-14, 2019.

Ces parcours de kinésithérapeutes montrent la dépendance à la médecine et l’alliance-concurrence toujours possible avec STAPS. Mais ils signalent aussi un début d’autonomie : Mme F finit par être impliquée dans l’institutionnalisation de la recherche en kinésithérapie. En 2019 est créée la section CNU 91 science de la rééducation et de la réadaptation. En tant que rare rééducatrice, femme et professeure d’université elle est donc proposée comme membre de ce premier comité de 6 membres¹¹²¹, dont elle prendra la présidence.

Le cas de Mme F est emblématique d’une recherche en kinésithérapie répondant à l’augmentation des interrogations médicales¹¹²² que les médecins peinent à assurer. La gériatrie est un sous-champ peu valorisé de la médecine, où les médecins universitaires sont peu nombreux. Des interrogations sur le devenir moteur sont pointées par les kinésithérapeutes alors que le corps médical a peu de moyens pour proposer scientifiquement des réponses. Des auxiliaires proches, dotés sans doute d’attributs les faisant ressembler à des pairs, peuvent alors servir de substituts : Mme F est issue d’un milieu favorisé, exerce comme encadrante d’un métier lui-même moins inféodé que peut l’être le métier infirmier hospitalier et sans doute ne comptant pas ses heures de travail, au vu de son parcours. Ce sont ces caractéristiques, qui peuvent la faire ressembler à un médecin de la motricité, qui lui permettent d’entreprendre des travaux de recherche sous l’œil médical. Pour autant, l’institutionnalisation auprès d’une faculté de médecine est beaucoup plus ardue. Si Mme F a acquis la légitimité pour produire une recherche intéressant la médecine, bien que pas suffisamment prestigieuse pour entrer en concurrence avec des médecins, cela ne suffit pas à lui octroyer un poste en faculté de médecine. Pour faire de la recherche médicale et enseigner aux médecins, il faut être membre de la corporation¹¹²³, posséder une connaissance officielle de la clinique et de tous ses versants, avoir un mérite suffisant assuré par le concours. Aussi, si sur la fin de sa carrière une possibilité ambiguë se dessine, comme une forme de prise en compte de la dette accumulée par l’université à son égard, son positionnement facultaire reste épineux. La filière STAPS revient alors à l’ordre du jour, comme filière moins prestigieuse donc plus à même d’accueillir des chercheurs non médicaux.

Ce lien à la filière STAPS comme à même d’accueillir ces chercheurs non médecins est particulièrement visible parmi les « pionniers », c’est-à-dire les kinésithérapeutes ayant accédé à des postes universitaires avant l’institutionnalisation de la section 91 en 2019 :

¹¹²¹ Les 6 membres nommés le sont en fonction de leur filière professionnelle. Au niveau des professeurs d’université se retrouvent une kinésithérapeute, une orthophoniste et un chercheur en neurosciences. Au niveau des maîtres de conférences se retrouvent une ergothérapeute, un psychomotricien et un chercheur en STAPS.

¹¹²² Ces interrogations sont médicales et sociétales : demandes d’explications nouvelles de phénomènes perçus comme altérant la norme (ici le vieillissement) et justification des actes (rationalisation).

¹¹²³ Hormis certaines disciplines dominées comme les sciences sociales en santé.

Genre	Année de soutenance de thèse	Discipline de rattachement thèse	Département ou faculté de recrutement	Titre universitaire
Homme	1993	STAPS	STAPS	Professeur des universités
Homme	1993	STAPS	STAPS	Maitre de conférences HDR
Femme	1997	Thèse auprès de la faculté de médecine et qualification STAPS	STAPS	Professeure des universités
Homme	1999	Science de l'éducation	Science de l'éducation	Maitre de conférences HDR
Femme	2002	Biologie	STAPS	Maitresse de conférences
Homme	2004	Biologie/biomécanique	STAPS	Professeur des universités
Homme	2006	STAPS	EHESP	Maitre de conférences
Homme	2009	STAPS	Médecine	Maitre de conférences HDR
Homme	2009	STAPS	STAPS	Maitre de conférences
Femme	2014	STAPS	Médecine	Maitresse de conférences
Homme	2016	Santé publique	Médecine	Maitre de conférences (recrutement LRU)

Tableau 20 : répertoire des kinésithérapeutes enseignants-chercheurs¹¹²⁴ en France au moment de la création de la CNU 91 (2019).

¹¹²⁴ Il s'agit là des kinésithérapeutes ayant poursuivis des études et engagés un parcours universitaire ultérieurement à leur entrée dans le groupe professionnel. A ce listing il est possible d'ajouter un maitre de conférences en physiologie (thèse de 1997) qui a réalisé un cursus un de kinésithérapie ultérieurement (diplômé en 2014). Cette liste a été construite à partir d'une publication du CNOMK (du 26/12/2019, disponible sur le site internet), énumérant les membres du groupe professionnel ayant des postes universitaires. Des individualités peuvent donc ne pas avoir été répertoriés par l'Ordre et manquer à cette liste. Elle semble assez représentative des « kinésithérapeutes-chercheurs » ayant gardé un lien avec le groupe professionnel mais n'exclue pas la possibilité de parcours universitaires en rupture totale avec le métier et inconnus de celui-ci.

Pourtant, si la discipline STAPS a largement servi de porte d'entrée universitaire pour les premiers kinésithérapeutes enseignants chercheurs, la proximité avec médecine semble finir par se traduire institutionnellement : les dernières prises de poste avec la création de la CNU 91 sont largement liés aux facultés de médecine (devenues le plus souvent « de santé »), dynamique qui se confirme avec l'ouverture de la sous-section des sciences de la rééducation : tous les postes ont depuis été ouverts dans ces facultés de santé.

Le développement d'une filière de recherche universitaire en kinésithérapie est aussi le résultat d'un travail de pionniers dans cette voie. Leurs parcours montrent l'importance des opportunités offertes par des relations personnelles mais aussi d'un cadre institutionnel accueillant pour pouvoir intégrer l'espace universitaire. C'est bien la proximité de la kinésithérapie à la médecine et à l'espace des sports qui a permis à ces pionniers d'inscrire leurs recherches dans un cadre académique. En dehors du partage de l'hébergement institutionnel entre STAPS ou Médecine, une deuxième ligne de partage existe entre les pionniers des années 1990 et leurs successeurs. Les premiers¹¹²⁵ étaient cadres de santé et ont exercé le métier, avant, au gré des rencontres professionnelles, de profiter d'opportunités pour entrer en thèse et parfois trouver un poste académique. Une seconde génération, au tournant des années 2000, aura une trajectoire différente, bien plus faite de poursuites d'études directement à l'issue de leurs études. Ils seront pour cela portés par le rapprochement universitaire de quelques IFMK et utiliseront des points d'appuis au sein de l'institution universitaire via les premiers kinésithérapeutes y ayant trouvé des postes.

Une seconde génération profite des premiers rapprochements entre IFMK et universités pour avoir des carrières immédiatement académiques.

A la suite des pionniers, une nouvelle génération profite des équivalences universitaires directes obtenues par leurs IFMK auprès de composantes universitaires. Ces premières passerelles, couplées à la présence des pionniers dans les murs de l'université, vont permettre des premiers parcours moins directement dépendant de la profession médicale.

Pour étudier ces nouvelles trajectoires, nous nous appuyerons sur le cas de Mélanie. Celle-ci est la dernière kinésithérapeute universitaire embauchée comme maîtresse de conférences avant la création de

¹¹²⁵ Même si les choix d'analyses de trajectoires ont laissé de côté Eric Viel, qui n'a jamais eu de poste universitaire statutaire, il convient de rappeler que c'est sans doute l'un des kinésithérapeutes français les plus marquants de la seconde moitié du XXème siècle : kinésithérapeute en 1952 (comme son père, son frère, sa sœur et une nièce), il travaille 10 ans aux USA dans les années 1960 avant de revenir en France et de prendre la tête de l'école des cadres kinésithérapeutes de Bois-Larris pendant 30ans. Il forme ainsi une très grande partie des cadres et enseignants français de l'époque. Il passe une thèse de doctorat en 1974 à l'EHESS et donne des cours et conférences dans de nombreux pays européens : des enquêtés enseignants et directeurs espagnols m'ont ainsi cité son nom dans les références marquantes de leur début d'exercice.

la CNU91. Elle montre une trajectoire mobilisant la ressource d'un IFMK délivrant un diplôme universitaire, une interconnaissance avec un kinésithérapeute déjà enseignant-chercheur et l'expérience internationale comme moyen d'augmenter son capital scientifique légitime (dans le milieu médical). A ce titre, elle présente ainsi différents traits des enseignants-chercheurs désirables pour le groupe professionnel.

Mélanie a un père cadre (docteur en géologie, responsable sécurité des routes et prévention d'avalanches) et une mère professeure des écoles. Elle a grandi dans un petit village de montagne où elle est l'aînée d'une fratrie de 4 enfants. Très sportive, sa pratique de l'escalade et sa situation en montagne lui font intégrer un collège puis un lycée ayant une section sportive en internat. Elle passe ainsi un bac S (Sciences de la Vie et de la Terre) mention bien.

Sa pratique sportive influence son choix de s'orienter vers la kinésithérapie, avec l'image du « *kiné du sportif de haut niveau* ». Elle s'inscrit donc en PCEM1¹¹²⁶ pour intégrer l'IFMK A.

Bonne élève, elle valide son concours du premier coup. Elle maintient à cette occasion son choix de la kinésithérapie, malgré la domination culturelle de la médecine et son aura de voie royale pour les meilleurs étudiants de PCEM1 :

« C'était un classement global ouais et... On devait faire des choix avant la fin... Avant le concours, on devait dire mon premier choix ça serait ça, mon deuxième choix ça serait ça et moi j'avais mis kiné en premier choix... Et médecine en deuxième choix je pense, je m'étais un peu posé la question, pendant l'année, de médecin en sentant que ça allait bien et que j'allais probablement avoir aussi médecine... A me poser la question de « est-ce que je partirais en médecine ou pas »... Et je m'étais dit que médecin c'était quelque chose qu'il fallait faire par... Passion et que moi j'avais jamais pensé être médecin donc... Je me voyais pas faire ça. Et... Mais je me souviens que quand j'y avais pensé, je m'étais dit « si je pars en médecine » j'aurais bien aimé quelque chose vers la neurochirurgie ou la recherche en onco, c'était quelque chose que..... Les trucs qui me bottaient c'était... voilà [...] mais en fait je suis passée bizu, donc je suis passée du premier coup et j'étais la deuxième à prendre kiné. »

Durant l'IFMK son projet évolue avec la découverte plus détaillée de la réalité du travail effectif du kinésithérapeute :

« Je me souviens que très rapidement... j'ai le sentiment que ça a été fait en une semaine, en vrai ça a peut-être été plus long que ça, mais que très rapidement je me suis dit « 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 les gens qui ont besoin de kiné »... Et je pense... Franchement je pense qu'en deux mois... Je savais que j'avais quelque chose pour la neuro quoi... en tout cas voilà... »

Par ailleurs, elle intègre son Bureau des Etudiants (BDE) et y devient la représentante de l'IFMK A à la FNEK (Fédération Nationale des Etudiants Kinés) dont elle deviendra secrétaire générale dans les années 2010.

Enfin, elle réalise un de ses derniers stages, non en service hospitalier mais en laboratoire INSERM. Le contexte d'un IFMK A qui est, à l'époque, un des rares à avoir une convention universitaire, associé à

¹¹²⁶ Premier Cycle d'Etudes Médicales, 1^{ère} année.

sa découverte du militantisme étudiant (et professionnel¹¹²⁷), son intérêt pour la neurologie (et à demi-mot, la légitimité de la kinésithérapie, son efficacité dans le domaine) et un premier contact avec la recherche orientent la suite de son parcours. Ses années seront validées comme universitaires (PCEM1 + 3 années de kinésithérapie = Master 1 en STAPS¹¹²⁸). Aussi, à l'issue du diplôme d'Etat, après quelques remplacements en centre de soins de suites et réadaptation (SSR), elle intègre un master 2 recherche en STAPS, où intervient M. E, un des rares kinésithérapeute français de l'époque ayant un poste de maître de conférences universitaire (en STAPS, neurosciences)¹¹²⁹.

« En fait moi je me suis retrouvée diplômée à 21 ans... et je me sentais trop jeune pour aller en... Je me sentais trop jeune pour aller travailler... Euh en libéral avec toutes les responsabilités que j'imaginai... Je sentais que j'avais envie de faire d'autres choses avant... Et vu que j'ai un caractère que quand je fais des choses, je les fais pas à moitié, je me disais que si je me lance en libéral je vais travailler et je vais le faire à fond et j'aurai plus le temps de repartir vers autre chose, j'aurai plus l'énergie de repartir vers autre chose et du coup je me suis dit « ben je vais plutôt avant de me lancer voir autres choses ». Et c'est vrai qu'en plus avec mon M1 STAPS en fait je pouvais candidater à tous les M2 STAPS de France quoi »

Elle entraîne avec elle son conjoint, kinésithérapeute rencontré à l'école, qui lui travaille en libéral. L'université, en comparaison à sa pratique jugée trop technicienne, lui plaît (« j'ai fait la spécialité contrôle perceptivo moteur et apprentissage. Et j'ai adoré ; J'ai adoré parce que c'était la première fois que... Je comprenais des trucs et que je les apprenais pas bêtement ») et, sur suggestion de M. E, soigne ses notes et ses apprentissages pour pouvoir postuler à une bourse de thèse. Elle part donc sur une thèse financée, sous la direction de M. E, à connotation très biomédicale : le travail proprioceptif chez des patients neurologiques. Elle s'intéresse donc à l'explication d'un phénomène en lien avec le travail rééducatif et essaie de comprendre les mécanismes sensitifs en jeu : pour ce faire, le choix scientifique est l'expérimental. Elle propose des situations, qu'elle juge utile pour comprendre les besoins rééducatifs et les teste sur des groupes prédéfinis (en fonction d'une logique médicale : âge/pathologie). Ces expérimentations sont alors jugées concluantes ou non en fonction de critères mesurables, c'est-à-dire prenant une forme numérique facilitant la comparaison entre ses groupes. Ainsi, cette forme de recherche fait le lien avec sa formation initiale (il y a un utilitarisme pour la rééducation), prend appui sur une méthodologie pré-codifiée par la recherche médicale, et est suffisamment appliquée pour donner un avantage concurrentiel à une étudiante issue d'une discipline technique par rapport à une étudiante issue des neurosciences fondamentales.

A l'issue de cette thèse l'idée de retourner vers la pratique de kinésithérapeute est écartée :

« Un an avant la fin de mon financement, quand j'ai commencé à sentir la pression de la fin du financement... je m'étais dit que j'avais envie de continuer en recherche avec le sentiment que

¹¹²⁷ Si les élus FNEK prétendent officiellement s'occuper des études en kinésithérapie, les liens étroits entre études et professions les conduisent souvent à prendre position quant aux mesures touchant la profession au sens large.

¹¹²⁸ La double diplomation avec STAPS est à mettre en lien avec l'expérience de l'IFMK A analysée plus haut, et la possibilité d'hébergement institutionnel auprès de cette composante universitaire dont le domaine est considéré comme suffisamment proche.

¹¹²⁹ Elle rencontre M. E au cours d'une journée scientifique de la FNEK, montrant par-là, d'une part, l'attachement de cet universitaire à son groupe professionnel d'origine (participer à un rassemblement étudiant) et, d'autre part, l'importance socialisatrice de la FNEK, pour faire émerger une « élite » kinésithérapique, voir le chapitre 6.

le milieu de la recherche, une fois que tu y es, tu peux y rester mais que si t'en sors ce serait très difficile d'y revenir tandis que le milieu de la kiné je me disais ben en fait j'ai mon Diplôme d'Etat, je cotise à l'Ordre, quand je veux je retourne kiné quoi. Donc je voulais continuer en recherche... »

En l'absence de recherche spécifique en rééducation en France, les opportunités se présentent plutôt du côté du Québec : un post doctorat lui est proposé outre atlantique, qu'elle accepte. Malgré des démarches d'immigration compliquées (il s'agit là d'une constante auprès de chacun des enquêtés, et malgré, dans son cas, le soutien logistique d'une université locale), lui occasionnant quelques mois de retard, elle finit par arriver au Québec au printemps 2015, 5 ans après son diplôme de kinésithérapeute.

Son conjoint, là encore, la suit et entreprend une reprise d'études en master rééducation puis des démarches d'équivalence comme « physiothérapeute ». Pendant ce temps, le contrat initial de 6 à 12 mois de Mélanie se prolonge, grâce à de nouveaux financements, mais sans titularisation en vue. Si elle apprécie toujours la recherche et ne parle pas de revenir à la pratique thérapeutique la situation instable commence à lui peser :

« Au début en première année j'étais hyper contente d'être en post doc parce que... ben tu es chercheur mais tu as toujours un petit peu... Tu es toujours sous tutelle, tu vois, c'est rassurant au début. Au bout de trois ans de post doc ben ça devient un peu tannant d'être celle qui fait tout, mais en fait tu peux pas avoir de financements parce que tu n'es pas statutaire, tu ne peux pas avoir d'étudiants parce que tu n'es pas ci... Au bout d'un moment, j'avais besoin d'avoir un poste et surtout, ben en fait... Je commençais à plus être éligible pour les bourses puisqu'en gros, au bout de 5 ans après ton doc... Euh, tu peux plus candidater sur des bourses de post doc au Québec. En fait, tu peux plus être post doc, à l'université, tu peux plus t'inscrire en post doc à l'université, donc bon ça se rapprochait un peu sérieusement même si, en fait, en mai dernier j'avais eu un financement pour un an de renouvellement, encore, de mon post doc, que j'avais accepté... Voilà, donc j'aurais pu rester quelques mois, presque un an de plus... euh... En fait, c'est ça, j'ai candidaté [dans une université québécoise] où j'ai été classée 2. Entre autres parce que j'étais pas physio et que j'étais étrangère. Physio c'est officiel, étrangère ça l'est pas mais... Quand même, quand tu candidates c'est marqué en bas de la fiche de candidature comme quoi les citoyens canadiens sont prioritaires sur les résidents, sur les travailleurs temporaires, donc... »

La voie québécoise est attirante, les kinésithérapeutes y ont développé un pool de chercheurs stimulants pour Mélanie, mais la protection du marché du travail très stricte outre Atlantique fait son œuvre. Fin 2018, profitant de l'universitarisation de la filière rééducation en France, Mélanie parvient à quitter le Québec pour un poste universitaire dans l'hexagone : d'abord contractuelle, elle sera ensuite titularisée maîtresse de conférences, chargée d'encadrer un département de rééducation d'une faculté de médecine intégrant les IFMK de la région. Son conjoint rentre aussi, sans avoir finalement eu l'occasion d'exercer à l'issue de ses stages d'équivalence :

« Je suis venue en France pour le congrès de la SOFMER¹¹³⁰ et... Comme d'hab, je donnais des conseils aux gens oui, oui, avant un congrès il faut bien préparer qui est ce que tu veux voir et tout... Puis moi, arrivée deux jours avant le congrès, j'avais pas du tout préparé mon congrès, je savais pas du tout qui j'allais rencontrer ou quoi que ce soit. J'ai demandé vite fait à [son chef de projet québécois] avant de partir au fait s'il y a des gens qu'il faut que je voie, « il y a

¹¹³⁰ Il s'agit d'un congrès de médecins MPR.

qui ? » Et il m'a dit, « oh je sais pas trop, ah ben peut être [un MPR français] c'est toujours un bon contact » voilà.

[...] Au congrès, à la fin d'une session, j'attends un gars que je connaissais, qui présente, et il y a ce fameux [MPR] à côté de moi et je dis « ah bonjour, votre nom me dit quelque chose... » Voilà. Et en fait, il me parle d'un projet [dans sa ville] d'intégration universitaire des formations paramédicales et... Il insiste un petit peu lourdement sur mon profil, et savoir si je suis une vraie docteure, et si je suis une vraie kiné, et si je suis vraiment qualifiée...Et voilà, au bout d'un moment je trouvais ça un peu lourd, jusqu'à ce qu'il me dise « en fait je vais avoir un poste et il me faut des gens comme vous, est-ce que vous êtes mobile ? » Ahahah. Je dis « oui, j'ai un conjoint, mais globalement je suis mobile » »

C'est donc la rencontre et le soutien d'un professeur de médecine en MPR qui lui permettent d'obtenir un poste universitaire, en lien avec le processus global touchant les paramédicaux.

A l'inverse de Mme F, sa thèse se fait dans une filière STAPS (via un « insider » de la corporation) et son poste est créé au sein d'une faculté de santé. Ces différences tiennent à deux choses : la présence de kinésithérapeutes en poste à l'université permet aux nouveaux postulants de ne pas restreindre leurs possibilités à des médecins bienveillants : son directeur de thèse est kinésithérapeute. D'autre part les facultés de médecine évoluent et intègrent donc quelques universitaires des métiers dominés. Ils ne sont toutefois pas embauchés à destination de l'enseignement aux médecins mais comme liens avec les instituts paramédicaux à rassembler sous la bannière médicale. L'autre grande différence, en lien avec l'âge et la mobilité de Mélanie, est le passage par l'international. La filière de recherche en rééducation française n'ayant pas encore d'institutions et de financements organisés, l'étranger devient une position d'attente et d'amélioration du dossier universitaire. Dans le cas de la kinésithérapie, ces expériences étrangères sont vues d'un œil d'autant plus favorable qu'elle se réalisent dans des situations à écologie professionnelle jugée plus favorable (Canada, Australie, Grande Bretagne, Europe du Nord...).

A la différence des pionniers, la seconde génération d'universitaires kinésithérapeutes a pris quelques distances avec la profession médicale : ces kinésithérapeutes n'ont pas forcément exercé, profitant des premières universitarisations pour continuer leurs études dans la foulée de la formation de kinésithérapie. La filière STAPS, notamment, fournit alors des opportunités intéressantes, tout comme l'international. Si une forme autonome de recherche semble ainsi émerger, la médecine n'est pas totalement exclue : d'une part, l'approche reste le plus souvent biomédicale. Cela est dû à une orientation forte dans la formation initiale, une offre de passerelle proposée par les segments les plus biomédicaux des UFR STAPS et des exemples internationaux de recherche en kinésithérapie. D'autre part, les postes universitaires proposant de la recherche en rééducation sont ouverts en lien avec des facultés de médecine qui se sont muées en facultés de santé et qui conservent ainsi un regard sur la recherche menée par leurs auxiliaires.

Des opportunités de déplacement vers des segments bien particuliers de l'université, en accord avec l'idée d'une science comme évaluation des techniques.

Les parcours des pionniers et de leurs successeurs mettent l'accent sur le ballottage des chercheurs kinésithérapeutes entre STAPS et médecine. Si quelques exceptions existent, notamment en science de l'éducation, discipline où quelques enseignants en IFMK en quête de reconnaissance universitaire peuvent trouver des thématiques en lien avec leur travail quotidien, la majorité des recherches et des parcours se partagent entre ces deux UFR. Ces rapprochements tiennent d'une reconnaissance réciproque des acteurs comme proches et doivent alors interroger les contenus de la recherche elle-même. Les kinésithérapeutes se lançant dans la recherche académique, qu'ils soient en exercice ou sortant des instituts, sont d'abord attirés par l'explication des phénomènes en jeu dans leur travail. Alors que du côté infirmier, l'idée de rôle propre¹¹³¹ s'est centré sur le « care »¹¹³², la relation soignante¹¹³³ et l'interaction psychosociale¹¹³⁴, les kinésithérapeutes s'intéressent plus aux phénomènes biologiques. A la manière des médecins, leur approche est alors directement celle d'une évaluation des techniques, parfois via l'explication du phénomène biologique, le plus souvent en testant l'application de divers actes thérapeutiques.

Pour expliquer les phénomènes de façon biomédicale¹¹³⁵, dans la lignée de leur formation initiale à proximité de facultés de médecine, les kinésithérapeutes n'ont pendant longtemps pas eu de filière propre. Cela explique leur mouvement pour aller chercher un soutien méthodologique et institutionnel auprès des filières les plus proches, c'est-à-dire médicales et sportives. Cela se donne à voir à travers le cas de deux kinésithérapeutes hospitaliers : la première, Claire, est fille de médecins parisiens et exerce en neurologie. Le second, Sylvain est fils d'un chef d'entreprise et exerce en pneumologie.

« Enquêteur : Ça s'est décidé comment [de reprendre un cursus universitaire] ? »

¹¹³¹ Michel POISSON, « Le pansement et la pensée : splendeurs et misères du rôle propre », *Recherche en soins infirmiers*, 93, 2008, p. 56-60.

¹¹³² Annie FARRAYRE, « La place du care dans le diagnostic éducatif de l'infirmière en éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 122, 2015, p. 39-43 ; É. ROTHIER BAUTZER, « Care et profession infirmière », art. cit.

¹¹³³ Catherine BUSNEL et Catherine LUDWIG, « La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, 140, 2020, p. 7-16 ; Philomène Marie MISSI, Clémence DALLAIRE et Jean-François GIGUERE, « Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ? », *Recherche en soins infirmiers*, N° 134-3, 2018, p. 6.

¹¹³⁴ Une illustration particulièrement heuristique ici, en comparaison du travail des kinésithérapeutes pédiatriques analysé au chapitre 2, provient du travail d'Anne Paillet. En service de néonatalogie elle constate le positionnement des infirmières (dépendant pour partie du positionnement adopté par les médecins) comme préoccupées par le contexte socio-familial alors que les médecins « s'en mettent plus à distance ». A. PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 87.

¹¹³⁵ La notion de biomédecine peut être polysémique. Elle peut notamment être décrite en fonction de son domaine d'application : l'exploration des organes, de leurs physiologies et pathologies ainsi que des réactions à certaines conditions extérieures ou à l'administration de traitements. Mais ici, ce sera plus sa définition comme choix de méthodologie scientifique, basé sur l'importation des pratiques de la biologie en médecine : expérimentation et comparaison avec des groupes soumis à des conditions différentes (placébo versus traitement).

Claire : J'ai pas l'impression que ce soit intéressant mais je te raconte... En fait. On travaillait à l'époque, dans le service, sur une **échelle pour évaluer** comment est-ce que les patients héminégligents [« oubliant » un côté de leur corps suite à un AVC] se mettent debout. Parce qu'on avait l'impression que... Enfin **ça part d'un constat, quand tu es kiné** et que tu as un peu l'habitude, les patients très déficitaires. Non... Ouais déficitaires, normal [au sens « normalement malades »], très héminégligents, il suffit que tu les guides bien, que tu prépares bien le transfert et le transfert se passe bien. Alors que j'avais vu, mais ils étaient 4 médecins à vouloir attraper un patient, le sécuriser, ils avaient manqué de tous tomber... On s'est dit mais c'est quand même fou parce que lui, il a tout ce qu'il faut pour se mettre debout mais sa négligence l'empêche de... Donc **on avait créé une échelle**. C'était un truc... En gros le patient était assis là... Donc il devait se décaler du côté hémiparétique, se mettre debout et s'asseoir et puis se redécaler de l'autre côté complètement du plan et donc en fait s'il ne pensait pas à ramener sa jambe gauche, enfin il n'y a pas de réaction d'appui quand il se mettait debout. Donc on avait créé une échelle avec un collègue... [...] Donc... En fait il y avait cette échelle là qu'on avait créé et... ouais... C'est ça qui manque peut-être, c'est qu'en fait [la médecine cheffe de service] m'encourageait à **faire le master pour valider l'échelle**. Donc ça devait être mon stage de M2. Faire mon stage de M2 dans le service pour valider l'échelle. »

Entretien avec Claire, fille de médecins parisiens, kinésithérapeute à l'AP-HP en neurologie puis cursus universitaire STAPS avant une thèse à orientation très rééducative, 18/10/2018 (nous soulignons).

«Sylvain : en fait, ça c'est fait tout naturellement [le projet de faire de la recherche] parce que c'était **en lien avec mon métier**. C'est-à-dire qu'on se posait beaucoup de questions sur les actes qu'on faisait. En fait, il y avait un truc tout con mais « **est ce que le désencombrement bronchique c'est efficace** ou pas dans le traitement de la BPCO ? ». C'est quelque chose qu'on nous a appris, c'est quelque chose qu'on fait quotidiennement parce qu'on nous l'a appris, mais, en fait, on ne s'est pas vraiment posé **la question de l'efficacité**. Et après, avec l'expérience, on se dit c'est bizarre, j'ai pas l'impression que ça apporte tant de choses que ça. Et en fait, on va se décider à **mettre en place une étude pour répondre à la question**. Il y avait des **critères objectifs** avec... C'était plus en lien avec... En fait c'était plus dans ce sens-là, c'était plus la curiosité de pouvoir trouver des réponses à des questions. Euh... Parce que c'est vrai que **c'est difficile, si tu es purement clinicien**, de pouvoir trouver la réponse en fait à tes questions. Je vais te donner un exemple, par exemple la bronchiolite. La kinésithérapie dans la bronchiolite. Il y a **plein de mauvaises études** qui sont sorties parce que tu avais une évaluation de la gravité de l'enfant avant la séance. Tu as la séance de kiné, et après, du coup, le kiné évalue la sévérité de la pathologie après. Sauf qu'en fait, dans la séance, il y a pleins de trucs, il y a du drainage de nez, l'enfant il pleure, il va tousser et il y a le désencombrement bronchique. Mais **comment isoler le désencombrement bronchique** ? Comment dire que c'est lui qui améliore les critères de sévérité de la pathologie, en fait pourquoi... Il y a **plein de facteurs**, est-ce que c'est pas seulement le lavage de nez, est-ce que c'est pas simplement que le patient il pleure, donc en fait il va tousser, donc en fait il va se désencombrer vraiment. **C'est un peu difficile en tant que clinicien de répondre à des questions en dehors de la recherche**. Il y a des choses, tu peux être convaincu que ce que tu fais est efficace mais en fait il y a pleins de facteurs qui peuvent interagir là-dessus. Et en fait on avait besoin d'avoir des réponses à des questions qu'on avait, donc des **questions très cliniques**... Donc des études très cliniques en fait. Donc c'est pour ça que je me suis intéressé à la clinique en fait »

Entretien avec Sylvain, père chef d'entreprise et mère employée, kinésithérapeute hospitalier (pneumologie) en fin de thèse, 14/04/2021 (nous soulignons).

La volonté de comprendre les implications de la thérapeutique mise en œuvre est un moteur important de l'orientation vers la recherche. Si, pour certains, la situation est limpide de par la concomitance de l'exercice professionnel et de la carrière de chercheur, c'est aussi le cas pour Mélanie dont le parcours a été retracé jusqu'à son poste de maitresse de conférences. Son exercice comme kinésithérapeute se

résume à quelques remplacements occasionnels. Pourtant c'est l'interrogation sur ce qu'elle a appris qui la pousse vers la voie universitaire.

Pour répondre à ces interrogations, les kinésithérapeutes se tournent vers les acteurs les plus à même de les aider dans cette démarche : des enseignants-chercheurs médecins (notamment pour les professionnels en exercice) ou STAPS (voire, depuis peu, kinésithérapeutes universitaires) conciliants ou eux-mêmes intéressés par des phénomènes proches. La domination médicale, basée sur le savoir postulé par la possession du titre montre alors ses limites. L'absence de contrôle des pratiques proposée au chapitre 2 se double d'une absence de production de savoirs quant à ces pratiques en évolution. Face au délaissement des médecins, des kinésithérapeutes dotés d'un capital social ou culturel suffisant arrivent alors à se trouver une place marginale à l'université.

Ce développement scientifique d'un sous-champ¹¹³⁶ médical, les troubles de la motricité, peu investi par les médecins (producteurs historiques de savoir légitime) se fait plus par imitation que par remise en cause du savoir biomédical. Cela se donne à voir à travers la comparaison des approches scientifiques empruntées par les kinésithérapeutes et les infirmières.

Afin de documenter les approches scientifiques empruntées au sein de ces deux groupes professionnels, un premier élément consiste en l'analyse des thématiques de recherche des qualifiés au sein des deux sous sections infirmières (92) et rééducation/réadaptation (91). Dans le cas de la sous-section 91, au vu de sa pluralité d'origine professionnelle, seuls les kinésithérapeutes ont été retenus.

Genre	Qualification et année	Thème ou discipline de recherche
Femme	PR 2020	Recherche clinique en gériatrie
Homme	PR 2020	Recherche sur la posture
Homme	PR 2020	Recherches sur la posture réorientées sur les thérapies alternatives, approche plutôt épidémiologique
Femme	MCF 2020	Rééducation post-AVC
Homme	MCF2020	Rééducation neuro-pédiatrie (neurosciences)
Homme	MCF 2020	Biomécanique du genou (arthroplastie etc)
Femme	MCF 2020	Recherche clinique en neurologie

¹¹³⁶ L'idée de « sous-champ » est utilisée par Pierre Bourdieu notamment dans sa description du champ scientifique. Si les champs se caractérisent par une relative autonomie vis-à-vis du reste de la société, des cultures propres et des relations de concurrence en son sein, la notion de « sous-champ » semble utile pour décrire le fait que ces mêmes caractéristiques (relative autonomie, culture propre ou tensions) existent aussi à un niveau plus fin des disciplines scientifiques. S'il n'existe pas de « champ » de la kinésithérapie, activité principalement incluse dans le champ médical, une science de la rééducation peut être appréciée en termes de « sous-champ » médical particulier, permettant de comprendre à la fois les tentatives de subversion de la part des kinésithérapeutes, leur inscription dans une approche biomédicale à la suite des médecins, mais aussi une forme de spécificité qui fait que leurs velléités, leurs recherches et le délaissement médical s'exercent sur un domaine scientifique bien particulier, celui des troubles de la motricité humaine. P. BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science, op. cit.*

Homme	MCF 2020	Rééducation membre supérieur dans l'AVC
Homme	MCF 2020	Recherche clinique gériatrie
Femme	MCF 2020	Biomécanique genou (modélisation)
Homme	MCF 2020	Muscles (propriétés, images, rééducation)
Homme	MCF 2020	Imagerie cérébrale et mouvement
Homme	MCF 2020	Recherche clinique cardio respiratoire
Homme	MCF 2020	Recherche clinique (post chirurgie ligaments croisés)
Homme	MCF 2020	Rééducation du sport
Femme	MCF 2020	Recherche clinique en ostéo-articulaire
Homme	MCF 2020	Recherche clinique en gériatrie
Femme	MCF 2020	Recherche clinique en neurologie
Homme	MCF 2020	Recherche clinique sur la douleur
Homme	MCF 2020	Biomécanique
Homme	PR 2021	Biomécanique
Homme	MCF 2021	Recherche clinique sur l'appareil cardio-respiratoire
Homme	MCF 2021	Recherche clinique sur l'appareil cardio-respiratoire
Femme	MCF 2021	Recherche clinique sur le genou
Homme	MCF 2021	Science sociale quantitative
Femme	MCF 2021	Recherche clinique en neurologie
Homme	MCF 2021	Recherche clinique en neurologie
Homme	MCF 2021	Recherche clinique en neurologie
Femme	MCF 2021	Biomécanique et physiologie appliquées

Tableau 21 : kinésithérapeutes qualifiés en CNU 91.

A noter que cette CNU a aussi qualifié (sessions 2020 et 2021) 7 chercheurs issus de neurosciences non professionnels de santé, 5 chercheurs issus de STAPS, 4 orthophonistes, 4 psychomotriciennes, 3 ergothérapeutes, 2 orthoptistes, 1 audiologiste et 1 ostéopathe.

Prénom	Qualification et année	Thème ou discipline de recherche
Femme	PR 2020	Sociologie
Femme	PR 2020	Science de l'éducation
Homme	MCF 2020	Santé publique
Femme	MCF 2020	Sociologie / science de l'éducation
Femme	MCF 2020	Sociologie
Femme	MCF 2020	Recherche clinique (mécanisme infections nosocomiales)
Femme	MCF 2020	Recherche clinique
Femme	MCF 2020	Sociologie
Femme	MCF 2020	Epidémiologie, revue systématique

Femme	MCF 2020	Sciences sociales quantitatives
Homme	MCF 2020	Epistémologie et philosophie des sciences
Femme	MCF 2020	Santé publique
Femme	MCF 2020	Sociologie / science de l'éducation
Femme	MCF 2020	Santé publique
Femme	MCF 2020	Science de l'éducation
Homme	MCF 2020	Philosophie
Femme	MCF 2020	Science de l'éducation
Femme	MCF 2020	Science de l'éducation
Homme	MCF 2020	Droit
Femme	MCF 2020	Sociologie
Femme	MCF 2020	Science de l'éducation
Homme	MCF 2021	Santé publique
Femme	MCF 2021	Sciences sociales
Femme	MCF 2021	Recherche clinique
Femme	MCF 2021	Science de l'éducation
Homme	MCF 2021 non infirmier	Santé publique
Homme	MCF 2021	Recherche clinique
Femme	MCF 2021	Science de l'information
Femme	MCF 2021	Recherche clinique et santé publique
Homme	MCF 2021	Science de l'éducation
Femme	MCF 2021	Education et santé publique

Tableau 22 : ensemble des qualifiés en CNU 92 (2020 et 2021). A une exception¹¹³⁷, l'ensemble des impétrants sont infirmiers et infirmières.

Quantitativement, 28 kinésithérapeutes sont qualifiés sur ces sessions pour un nombre de titulaires de doctorats répertorié de façon indigène¹¹³⁸ à 108 en 2017, avec sans doute une sous-estimation (pour un

¹¹³⁷ Comme déjà évoqué, les kinésithérapeutes n'ont pas de monopole sur les troubles moteurs, ce qui explique que bien que majoritaires, d'autres acteurs sont qualifiés au sein de la CNU 91. Dans le cas des infirmières, le monopole semble plus fort : un seul docteur est qualifié sans être infirmier. Il s'agit d'un chercheur en sciences sociales ayant travaillé sur l'éducation thérapeutique du patient. Il est à noter que les taux de qualifications semblent similaires entre les deux sections (voir légèrement supérieur chez les infirmières, pour les premières années). Une hypothèse peut être avancée quant à des perspectives de postes différentes entre CNU 91 et 92. Des docteurs en STAPS ou en neurosciences, bien que peu nombreux, tentent leur chance en CNU 91, espérant pouvoir y obtenir des opportunités académiques. A quelques exceptions près, à ce jour, peu de chercheurs en sciences sociales cherchent leur qualification en CNU 92, même lorsque leurs objets de recherche touchent à la santé. Les deux phénomènes, mainmise professionnelle plus forte des infirmières sur leur domaine et perspectives académiques vues comme faibles, peuvent sans doute conjointement expliquer la différence avec la CNU 91.

¹¹³⁸ Deux kinésithérapeutes chercheurs bien connus dans le milieu de la kinésithérapie ont établi ce répertoire par sollicitation de proches en proches et ont bien voulu me fournir ce tableau. Bien que la méthodologie soit de ce

peu moins de 100 000 praticiens en exercice). Du côté des soins infirmiers, 30 qualifications sont décidées sur 132 doctorats répertoriés en 2020 par Florence Policard¹¹³⁹ (pour près de 700 000 infirmières en exercice)¹¹⁴⁰.

Mais plus encore c'est l'approche scientifique qui diffère de façon radicale : Florence Policard retrouve 84% de thèses dans les disciplines des sciences sociales pour les infirmières, tandis que la liste informelle fournie par les kinésithérapeutes donne à voir 72% de thèses dans le domaine des « sciences du mouvement », c'est-à-dire une approche biomédicale. Ce écart se retrouve dans mon analyse des thématiques de recherche des qualifiés : 93% des kinésithérapeutes qualifiés en CNU 91 ont une approche biomédicale (les 7% restant, c'est-à-dire deux qualifiés, ont des thématiques de sciences sociales selon une approche quantitative) et 84% des infirmières qualifiées ont une approche des sciences sociales au sens large (philosophie, santé publique, science de l'éducation et droit inclus), contre 16% de qualifiées en recherche clinique, où l'approche biomédicale peut être perçue. Tout se passe comme si les kinésithérapeutes suivaient la voie de la recherche médicale tandis que les infirmières développaient une approche de sciences humaines et sociales¹¹⁴¹.

Il existe une première explication intrinsèque : les kinésithérapeutes travaillent dans un domaine du soin, la motricité, qui forme un sous-champ médical pouvant laisser quelques possibilités de subversion vis-à-vis de médecins relativement absents. Bien que dominés, les kinésithérapeutes y disposent d'une marge d'autonomie leur permettant d'aller investiguer leurs interrogations en reprenant la méthodologie de la profession dominante. Cela d'autant plus que cette autonomie s'accompagne d'un face à face avec

fait fragile (nécessité d'interconnaissance, peu de lisibilité sur la nationalité et le lieu d'exercice), le constat est intéressant en termes de classification choisie par ces auteurs : 78 kinésithérapeutes sont classés en « sciences du mouvement », 19 en « sciences de l'éducation, droit et lettres », 11 en « sciences psychologiques et sociales ». La proximité entre le kinési [mouvement]-thérapeute et la classification des thèses à approches neuroscientifiques en « sciences du mouvement », établit un rapport direct de légitimité entre les deux. C'est cette approche scientifique qui correspond à l'essence du métier de kinésithérapeute et permet de soutenir sa pratique. Le reste, les recherches en lien avec l'éducation, le droit, les lettres, le psychologique et le social, forme alors un ensemble flou de thématiques perçues comme moins en lien avec le cœur du métier. Leur relevé et le fait qu'elles soient portées par des kinésithérapeutes les inscrivent tout de même dans la « science » du groupe professionnel, mais à une place plus secondaire.

¹¹³⁹ Policard (F.), « Recensement des thèses soutenues par les infirmiers en France à l'aube de la naissance de la discipline sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, (142), 2020.

¹¹⁴⁰ Kinésithérapeutes et infirmières semblent avoir investis la recherche académique dans des proportions différentes. Le nombre de scientifiques dans le cadre académique est comparable pour des populations professionnelles très différentes. Une première explication tient aux accès à la recherche académique, possiblement facilité pour les kinésithérapeutes de par leur proximité à médecine et STAPS. Une autre explication tient aux répartitions genrées dans les deux groupes professionnels, avec une population plus masculine chez les kinésithérapeutes. Or conduire une recherche académique nécessite des ressources, notamment en temps, peut-être plus difficilement mobilisables pour les femmes, déjà assignées à une « double journée » de travail. Thomas COUTROT, « Double journée et conditions du travail professionnel : une analyse statistique renouvelée », *Cahiers du Genre*, n° 70-1, 2021, p. 107-136.

¹¹⁴¹ A noter que d'autres clivages auraient pu être recherchés comme celui entre sciences « fondamentales » et sciences « appliquées », les secondes pouvant parfois présenter plus de passerelles avec l'action publique. Mais d'une part, Pierre Bourdieu lui-même, après avoir tenté cette distinction, la réfute partiellement en jugeant plus opportun de parler de tensions sur l'autonomie du champ scientifique dans son ensemble. D'autre part, ici, la distinction entre sciences « biomédicales » et « SHS » (bien que classification dotée d'arbitraire) est construite pour améliorer la compréhension des évolutions des pratiques de recherche entre deux métiers auxiliaires de la médecine. P. BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science*, *op. cit.*

le patient en attente de soulagement (souvent solitaire au vu du poids de l'exercice libéral), qui aiguillonne la tendance à sécuriser les propositions thérapeutiques. Ils peuvent alors prétendre à mobiliser les techniques de recherche médicale dans leur domaine. Les infirmières, conjuguent à l'inverse une position historique de lutte pour une reconnaissance¹¹⁴² de la part des médecins tout en intervenant sous leur coupe directe¹¹⁴³. Il est possible qu'il y ait alors moins d'opportunités de questionner l'aspect biomédical des actes¹¹⁴⁴, dans des domaines parfois très médicaux (infirmières de bloc opératoire, infirmières réanimatrices notamment), et que l'espace de liberté se situe plus du côté des relations aux patients et de l'environnement psycho-social. Il est alors envisageable que ces positions expliquent des intérêts pour la recherche scientifique de validation des techniques pour les kinésithérapeutes et d'explication de la relation sociale pour les infirmières¹¹⁴⁵.

Pour autant une explication extrinsèque peut aussi jouer : les kinésithérapeutes trouvent un écho auprès des médecins trop peu nombreux pour investiguer la motricité et des instituts STAPS quant à ces thématiques de recherche. Ils disposent alors de leurs soutiens pour intégrer le monde de la recherche (selon leurs codes). Tandis que les infirmières peuvent trouver un écho plus faible de ce côté-là et doivent alors trouver des alliés auprès d'autres disciplines universitaires (sociologie par exemple). Les opportunités d'accès à la recherche doivent être prises en compte : les thèses et les qualifications sanctionnent une recherche institutionnalisée et sous l'aile d'un mentor. Ceux-ci prennent alors la forme des médecins (MPR notamment) pour les kinésithérapeutes tandis qu'il s'agit plus d'enseignants-chercheurs en SHS pour les infirmières (avec des thématiques fortes autour de « l'éducation thérapeutique » ou la sociologie de la santé).

Pour tenter d'apporter d'autres éléments quant aux vellétés des acteurs, il a été procédé à une revue de littérature exhaustive de deux revues « scientifico-professionnelles ». Les deux revues choisies sont « Recherche en soins infirmiers » et « Kinésithérapie, la revue ». Elles présentent toutes deux des caractéristiques proches : une velléité scientifique, une relecture par les pairs, une publication francophone, et un certain « aura » auprès des groupes professionnels¹¹⁴⁶. Leur caractère francophone

¹¹⁴² Ces problématiques infirmières historiques sont notamment pointées par Danièle Kergoat et Françoise Imbert à l'occasion des grèves et mouvements infirmières de 1984 et 1988. Danièle KERGOAT et Françoise IMBERT, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

¹¹⁴³ Geneviève CRESSON, Marcel DRULHE et François-Xavier SCHWEYER, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Presses de l'EHESP., Rennes, 2003 ; G. PICOT, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », art. cit ; P. AÏACH et D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, op. cit.

¹¹⁴⁴ Cette notion « d'opportunité » renvoie aux représentations des métiers de la part de la profession médicale. C'est aussi celle-ci qui cantonne les infirmières dans leur rôle d'exécutantes techniques n'ayant pas à discuter l'enjeu biologique sous-jacent à la prescription. A l'inverse, le cas de Mme F montre que certains médecins ont une image différente de la kinésithérapie et aident certains acteurs à interroger le bien fondé des actes (et de la prescription médicale qui les autorise).

¹¹⁴⁵ É. ROTHIER BAUTZER, « Care et profession infirmière », art. cit ; Eliane ROTHIER BAUTZER, « Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? », *Phronesis*, 6-3, 2017, p. 14-23.

¹¹⁴⁶ Très informelle, cette assertion se fait sur la base des échanges oraux avec des acteurs de chaque métier. Ces revues sont retrouvées notamment sur les lieux de formation.

paraît ici intéressant pour saisir les intérêts d'acteurs plus variés que les chercheurs « institutionnels » expérimentés (dont les intérêts ont déjà été notés via les qualifications en CNU) : les publications y semblent plus accessibles que dans des revues anglophones indexées selon les standards de la biomédecine. A l'inverse, la limite provient de la non prise en compte, dans ces revues, de nombreux auteurs « légitimes » qui publient dans des revues « légitimes », c'est-à-dire anglophones¹¹⁴⁷. L'analyse porte sur la période janvier 2018 – décembre 2020¹¹⁴⁸. Elle a permis d'établir un classement en deux « pôles », « biomédical » et « sciences humaines et sociales », regroupant des thématiques selon deux approches assez distinctes¹¹⁴⁹. Au sein de ces deux blocs, plus finement, une catégorisation a été faite, en suivant les disciplines académiques de l'université française (« science de l'éducation », « sociologie »...) mais aussi les sous-catégories indigènes à la biomédecine¹¹⁵⁰ (« revue de littérature », « études de cas »...).

Recherche en soins infirmiers janv 2018- dec 2020 (4 numéros / an)				
	Nombre d'articles	Pourcentages		Pourcentages ¹¹⁵¹
Sciences de l'éducation	19	19%	Pôle SHS	77%
Socio/Anthropologie	21	21%		
Education thérapeutique /Psychologie	17	17%		
Histoire	11	11%		
Philosophie	5	5%		
Linguistique	2	2%		
Etude de cas et analyse d'une pratique	16	16%	Pôle biomédical	23%
Revue de littérature	3	3%		
Etudes observationnelles	3	3%		
Etudes comparatives	1	1%		
TOTAL	98			

Tableau 23 : revue de littérature concernant « Recherche en soins infirmiers ».

¹¹⁴⁷ Comme le précise une enquêtée, enseignante-chercheuse kinésithérapeute en Suisse, « pour la carrière scientifique, les chercheurs ont une nette préférence à publier dans les revues relues par les pairs (peer-review) à facteur d'impact (impact factor) en anglais ».

¹¹⁴⁸ La limitation à trois années a permis une lecture des résumés à des fins de classement en diverses catégories et approches de recherche. Ces catégories sont contestables et ont été bâties « au fil de l'eau » en fonction des résumés et des impressions quant aux méthodologies ou disciplines académiques mobilisées. Une part d'incertitude existe quant aux classements, d'autant qu'il n'a pas été demandé un auto-classement aux auteurs (au vu de leur nombre).

¹¹⁴⁹ A noter que, dans cette analyse, seuls les articles de recherche ont été retenus (les éditos ou les notes de lecture n'ont pas été prises en compte), y compris quand ils se trouvaient dans des numéros thématiques (ex : l'histoire de la discipline pour la revue « Recherche en soins infirmiers » ou la francophonie dans « Kinésithérapie, la revue »).

¹¹⁵⁰ Une ressource pour appréhender ces sous-catégorisations d'approches biomédicales de la recherche est le réseau EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) qui répertorie les formats exigibles pour publier dans des revues de science médicale. Ces formats sont alors raffinés en sous-catégories, donnant une bonne image des différentes approches légitimes dans cet espace. (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/> accessible en ligne le 26/02/2022)

¹¹⁵¹ La précision à l'unité plutôt qu'au dixième de pourcent fait que les pourcentages additionnés en colonne 3 ne correspondent pas tout à fait à la colonne 5 calculée directement à partir du nombre d'articles de chaque pôle.

Kinésithérapie la revue janv 2018 à dec 2020 (mensuel)				
	Nombre d'articles	Pourcentages		Pourcentages
Sciences de l'éducation et raisonnement clinique	9	9%	Pôle SHS	40%
Socio/Anthropologie	8	8%		
Education thérapeutique /Psychologie	10	10%		
Histoire	6	6%		
Philosophie	0	0%		
Linguistique	5	5%		
Droit/Législation	4	4%		
Etude de cas et analyse d'une pratique	26	25%	Pôle biomédical	60%
Revue de littérature	12	11%		
Etudes observationnelles	8	8%		
Etudes comparatives	1	1%		
Etudes comparatives randomisées	5	5%		
Anatomie, biomécanique	5	5%		
Méthodologie de recherche (échelles cliniques)	6	6%		
TOTAL	105			

Revue de littérature concernant « Kinésithérapie, la revue ».

Le classement des ces thématiques en pôles révèle, pour la revue infirmière, 77% d'articles dans un pôle « SHS » contre 23 % dans un pôle « biomédical » contre 40% d'articles dans un pôle SHS et 60% dans un pôle biomédical pour la revue kinésithérapique. Il est à ajouter à cette analyse que la revue infirmière est indexée dans « Cairn », et certains auteurs se retrouvent dans des revues de sociologie ou de sciences de l'éducation, alors que la revue kinésithérapique est indexée dans « science direct », « embase » ou « Pascal Francis », à thématiques biomédicales, avec des auteurs qui se retrouvent dans des revues médicales anglophones. Même si cette recherche francophone montre quelques projets SHS chez les kinésithérapeutes, la différence d'approche persiste, sans doute majorée par les valorisations différentes au sein des différentes corporations. Alors que les thématiques de « rôle propre »¹¹⁵² et de « care »¹¹⁵³ sont développées au sein du groupe infirmier, les représentants des kinésithérapeutes valorisent une recherche d'explication et de mise à l'épreuve des choix thérapeutiques.

L'investissement du CNOMK en la matière est visible à travers la mise en place en 2014 d'un « prix de l'Ordre ». Celui-ci a pour but de « valoriser les futurs diplômés » méritants, c'est-à-dire repoussant les

¹¹⁵² Chrystelle LECAILLE, Marie-Hélène LORREYTE et Professeur Jean-Yves DELATTRE, « Infirmière référente un nouveau rôle dans le système de soins ? », *Laennec*, 57-1, 2009, p. 42 ; France LERT, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *Sciences sociales et santé*, 14-3, 1996, p. 103-115.

¹¹⁵³ Bénédicte LOMBART, « Le care en pédiatrie », *Recherche en soins infirmiers*, N° 122-3, 2015, p. 67-76 ; É. ROTHIER BAUTZER, « Care et profession infirmière », art. cit.

limites du savoir kinésithérapique, mais aussi d'inciter à investir l'université¹¹⁵⁴. Ce prix, donnant lieu à récompense financière¹¹⁵⁵, distingue les meilleurs travaux de fin d'études de kinésithérapie et une thèse d'université. Il est l'occasion d'une cérémonie donnant lieu à une publication sur les canaux de communication de l'institution (site web, réseaux sociaux). Le jury est constitué de kinésithérapeutes jugés « scientifiques » par les représentants ordinaires : la plupart sont titulaires de thèses universitaires, quelques-uns ont des postes universitaires, mais tous possèdent un capital social au sein du groupe professionnel. Ainsi si la composition du jury évolue chaque année, ces kinésithérapeutes-chercheurs sont des élus ordinaires, des chercheurs ayant déjà participé à des projets ordinaires de développement scientifique (conseils à l'occasion du processus d'universitarisation, intervention au sein d'IFMK « pilotes » etc.) ou des chercheurs ayant une visibilité particulière (ouvrages professionnels...). Il s'agit donc de promouvoir la recherche « légitime » pour les représentants ordinaires via des chercheurs qui leurs sont proches. Cette promotion est à destination d'abord du groupe professionnel afin de publiciser et encourager les possibilités d'accès à la recherche¹¹⁵⁶. Cet espace d'intersection entre représentants et chercheurs n'est pas neutre et la recherche promue affiche des objectifs utilitaristes pour la corporation, comme le donne à voir la description des travaux des lauréats du prix « expert » (récompensant les thèses universitaires).

Année du prix du CNOMK, genre et mode d'exercice du lauréat avant la thèse (la liste des candidats n'est pas diffusée)	Titre de la thèse (et enregistrement disciplinaire ¹¹⁵⁷)	Exercice en 2021, à l'issue de la thèse
2020 femme, kinésithérapeute hospitalière	Faisabilité et bénéfices fonctionnels d'un entraînement en endurance des muscles respiratoires ou à l'exercice, réalisé à domicile avant chirurgie de résection pulmonaire. Doctorat en génétique et physiologie.	Kinésithérapeute hospitalière
2019 homme, kinésithérapeute hospitalier	Etude non invasive des réserves cardio-respiratoires, hémodynamiques et musculaires au cours de l'effort du patient handicapé respiratoire. Doctorat en aspects moléculaires et cellulaires de la biologie.	Kinésithérapeute hospitalier

¹¹⁵⁴ « [Le prix de l'ordre a été créé] afin de valoriser les futurs diplômés, mais également les praticiens qui s'engagent dans une démarche universitaire en récompensant les meilleurs mémoires de fin d'études, mais aussi de Master et les meilleures thèses de recherche ». <https://www.ordremk.fr/ordre/nos-missions/le-conseil-national/le-prix-de-lordre/> Accessible en ligne le 10/07/2021.

¹¹⁵⁵ Entre 500 et 2500 euros selon le prix reçu.

¹¹⁵⁶ Il est difficile de savoir si le manque de publicisation vers l'extérieur est souhaité ou conséquence d'une faible visibilité du groupe professionnel.

¹¹⁵⁷ La notion de « discipline » académique renvoie à une délimitation parfois difficile à objectiver, notamment dans le cadre d'un sous-champ relativement nouveau comme celui de la recherche par les kinésithérapeutes. La discipline déclarée en doctorat peut ainsi être une discipline de rattachement (via le directeur de thèse) mais le contenu de la recherche s'en détache singulièrement. Il sera retenu ici la discipline renseignée lors de l'inscription de la thèse sur www.theses.fr ou sur le site du laboratoire de rattachement.

2018 homme, alternativement kinésithérapeute hospitalier et libéral	Application clinique de l'imagerie motrice en rééducation. Doctorat en STAPS cognition du mouvement humain.	Chercheur hospitalier (unité de recherche clinique)
2017 femme, kinésithérapeute hospitalière	Caractérisation de la cinématique et de la trajectoire du centre de masse des patients hémiparétiques lors d'une tâche de navigation. Doctorat en sciences du sport, de la motricité et du mouvement humain.	Chercheuse hospitalière (unité de recherche clinique)
2016 homme, cadre en IFMK	L'imitation socioconstructiviste au service de l'efficacité palpatoire des étudiants masseurs-kinésithérapeutes : émergence d'une habileté massothérapeutique dans la prise en charge de la fibromyalgie. Thèse en sciences de l'éducation.	Directeur d'IFMK privé de province
2015 femme, remplacements	Les bienfaits d'un programme simultané d'activité physique et d'entraînement cognitif sur les performances exécutives et motrices de personnes atteintes de troubles cognitifs légers. Doctorat en sciences du sport, de la motricité et du mouvement humain.	Formatrice en IFMK parisien privé
2014 homme, kinésithérapeute libéral	Contrainte biomécanique unilatérale versus contrainte biomécanique bilatérale : rééquilibrage des capacités fonctionnelles et amélioration de la performance lors d'une tâche locomotrice autour des capacités fonctionnelles et locomotrices. Doctorat en sciences du sport, de la motricité et du mouvement humain.	Interne en médecine MPR

Tableau 24 : lauréats du prix « Expert » de l'Ordre des kinésithérapeutes français (nous soulignons en gras).

Les thèses récompensées ne visent pas à décrire le réel au sens le plus large, elles ont d'abord un rôle dans l'affirmation du rôle positif de la corporation : les termes « patients », « bénéfiques », « efficacité », « bienfaits », « amélioration de la performance » sont ainsi omniprésents.

Cette alliance entre représentants et chercheurs repose sur l'orientation scientifique ainsi validée¹¹⁵⁸. Il s'agit de recherches permettant la mise en exergue ou l'amélioration de l'efficacité des kinésithérapeutes dans leur réponse aux patients. Ces recherches sont donc avant tout une arme politique : chercheurs et représentants des kinésithérapeutes se retrouvent sur le terrain commun de la promotion de l'activité. Michael, disposant à la fois d'une assise académique (il a un poste d'enseignant-chercheur auprès de l'IFMK A) et ordinale (il est conseiller national), résume cette intersectionnalité en répondant à ma question sur l'intérêt de la recherche :

*« Je crois que ça participe à **l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** [...] il y a quand même le potentiel d'ouverture et de... même pour la formation, on fait pas des kinés pour maintenant, on fait des kinés pour dans 15 ans et le meilleur moyen pour former des kinés de dans 15 ans, c'est de leur donner des clés de développement de leurs propres connaissances. Parce qu'en fait, sinon, on ne fait que répéter des trucs d'avant »*

¹¹⁵⁸ Il n'a pas été retrouvé l'équivalent dans le monde infirmier. Il est possible que l'ordre infirmier, assez contesté à sa création, ait moins de légitimité pour proposer une initiative de ce genre.

Entretien avec Michael, 06/04/2021, (nous soulignons en gras).

La recherche est là pour apporter des connaissances légitimes d'abord au groupe professionnel et lui permettre ainsi de se développer.

Bien que cette politique de promotion d'une recherche légitime ne présume pas de sa réception auprès des aspirants chercheurs, il s'agit cependant d'un élément supplémentaire leur indiquant la voie légitime.

Les kinésithérapeutes ont une vision particulière de la recherche scientifique, alignée sur l'approche médicale. Cela est dû à la fois à leur position écologique, mais aussi aux espaces des possibles qui leur sont offerts (ressources académiques, modèles, légitimité à investiguer le biologique). Ils s'orientent alors principalement vers une approche biomédicale, faisant la part belle à l'évaluation des pratiques ou à leur explication via la biologie sous-jacente. Ils montrent ainsi une distance aux infirmières et une proximité à la profession médicale.

L'alignement sur l'approche scientifique biomédicale : au-delà de l'évaluation des techniques soignantes, la tentation de l'hégémonie.

L'alignement sur la médecine va au-delà des sujets des recherches évaluant des thérapeutiques. Elle se retrouve dans les méthodologies de recherche fortement quantitatives, mobilisées y compris pour des sujets s'éloignant de l'évaluation des techniques. Les kinésithérapeutes reprennent ainsi à leur compte la logique de l'Evidenced Based Practice (EBP)¹¹⁵⁹. Si ces méthodes permettent aux médecins de justifier de ce qu'ils font et d'en tirer leurs privilèges, il est bon de s'aligner sur ce savoir-faire. La thèse d'Antonin semble particulièrement illustrative de cette inclinaison, par la logique de « cas limite ». Alors que la majorité des thèses s'appuient sur le « gold standard » de l'EBP, les Epreuves Contrôlées Randomisées, pour évaluer des traitements ou phénomènes physiologiques auprès de patients, celle d'Antonin a un sujet proche des sciences humaines : il s'agit de comprendre l'engouement pour les thérapies alternatives¹¹⁶⁰. Pourtant, l'approche choisie pour analyser ce sujet sera résolument ancrée dans le paradigme¹¹⁶¹ biomédical. Ce travail sera reconnu par ses pairs et il se verra qualifié en CNU 91 lors de la session 2021.

¹¹⁵⁹ Les tenants de cette façon de faire science la mettent régulièrement en avant dans la presse professionnelle. Ils peuvent ainsi s'opposer implicitement aux enseignants issus du corps des cadres kinésithérapeutes, qui ne transmettraient pas assez la pratique scientifique légitime. Jean-Philippe REGNAUX, Stéphan ROSTAGNO et Rémi REMONDIÈRE, « Enquête sur l'enseignement de l'Evidence-Based Practice dans la formation initiale en masso-kinésithérapie-physiothérapie, en 2012 », *Kinésithérapie, la Revue*, 13-136, 2013, p. 45-51.

¹¹⁶⁰ Si des passages de la thèse seront cités pour analyse, son titre et son lieu de soutenance seront passés sous silence pour préserver l'anonymat d'Antonin.

¹¹⁶¹ Ici « paradigme » est mobilisé au sens de Thomas Kuhn, c'est-à-dire d'un schéma de pensée conscient lié à la discipline de rattachement et à l'œuvre dans la pratique quotidienne de la science « normale ». T. S. KUHN, *La structure des révolutions scientifiques.*, op. cit.

Antonin est un étudiant kinésithérapeute formé à l'IFMK A, intéressé par l'ostéopathie en début de cursus mais amené par l'école à s'interroger sur celle-ci. A l'issue de son diplôme d'Etat et d'un master 2 au sein de l'université locale, il se lance dans une thèse (dans un laboratoire de recherche en santé) sur le recours à l'ostéopathie. Celle-ci est financée directement par la corporation des kinésithérapeutes, via l'Ordre qui fournit un financement CIFRE. L'encadrement est assuré par Michael, MCU et kinésithérapeute déjà évoqué, ainsi qu'un professeur de médecine conciliant disposant de la précieuse HDR (« *il était HDR et ça s'est à peu près arrêté là* »). Le jury de thèse est composé d'universitaires originaires de la santé (2 kinésithérapeutes, 1 psychologue et 4 médecins). Autrement dit, son parcours, son financement et son encadrement le prédisposent à adopter une méthodologie légitime dans le milieu médical. Interrogé, il explique d'ailleurs avoir songé à mobiliser une approche « qualitative » pour son enquête, mais avoir ensuite privilégié le questionnaire quantitatif, plus en accord avec les pratiques de son laboratoire : ses directeurs de thèse peuvent l'encadrer et corriger l'approche par questionnaire, ce qui est moins le cas d'une approche « qualitative », et le format court des thèses médicales est peu compatible avec des approches mixtes (« *on ne pouvait pas tout faire* »). Au final, par alignement sur les pratiques scientifiques dans lesquelles il baigne, Antonin se restreint aux instruments connus dans son univers de recherche.

L'état de la littérature du chapitre 1 amène le constat que « *le recours aux médecines alternatives et complémentaires est un comportement de consommation de soins répandu, qu'il s'accompagne de risques de santé réels (directs et indirects), et qu'il présente un risque substantiel pour le portefeuille* ». La mise en problème légitime l'incursion médicale sur cette question : cette conduite est à risque, il faut l'étudier pour mieux la soigner (ou, ici, la prévenir). En réponse, deux mouvements principaux sont prévus : quantifier le recours réel à ces thérapeutiques puis l'expliquer.

La suite de la thèse adopte ensuite la logique de la thèse « par articles ». Il s'agit d'une succession d'articles publiés, retraçant la recherche, mais, surtout, qui montre la capacité du doctorant à « faire science » : il sait publier.

Le chapitre 2 reprend (intégralement, conservant la mise en page de la revue, en langue anglaise « légitime »¹¹⁶² et indexée dans pubmed) un article qu'il a publié préalablement¹¹⁶³ sur les « *facteurs prédictifs* » de recours à ces thérapies. Ces facteurs (c'est-à-dire quels segments de la population ont

¹¹⁶² Sur la plus grande légitimité de la publication anglaise dans une grande partie du champ scientifique : « *ce capital d'un type tout à fait particulier repose pour une part sur la reconnaissance d'une compétence, qui, outre les effets de connaissance qu'elle produit, et en partie à travers ces effets, procure de l'autorité et contribue à définir non seulement les règles du jeu, mais encore les régularités du jeu, les lois selon lesquelles vont par exemple se distribuer les profils de ce jeu, les lois qui font qu'il est important ou non d'écrire sur tel sujet, que c'est brillant ou dépassé, qu'il est plus payant de publier dans l'american journal of so and so que dans la revue française de ceci-cela* ». P. BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science*, op. cit., p. 20-21.

¹¹⁶³ Il convient de souligner, là encore, les us et coutumes ayant cours dans le monde médical, avec le statut de co-auteur de l'article pour des chercheurs impliqués parfois de manière « *essentiellement figurative* » selon les mots d'Antonin (supervision formelle de la thèse). Il est possible de lire cette pratique extensive de l'implication dans la recherche comme un gage de soumission à l'autorité hiérarchique et la bonne adhésion à la culture du groupe.

recours à ces soins) sont rapportés selon la traditionnelle suite anglo-saxonne : « objectifs », « méthodes », « résultats », « discussions » (et/ou conclusions). Il s'agit en l'occurrence d'une revue de littérature qui lui permet de proposer que « nous n'avons trouvé aucune spécificité claire quant au recours à des thérapeutes complémentaires plutôt que des praticiens conventionnels »¹¹⁶⁴. C'est-à-dire que la revue de littérature ne permet pas d'établir quelle population consulte des praticiens alternatifs plutôt que des praticiens conventionnels.

En fonction de ces premiers résultats (confirmant qu'il y a un champ d'étude vierge sinon prometteur) est conçu un « outil pour décrire le recours aux thérapeutes alternatifs ». Là encore cet « outil », c'est-à-dire un questionnaire, est présenté au chapitre 3 via la reprise intégrale d'un article publié¹¹⁶⁵ (revue francophone pour un questionnaire en français mais dotée d'une forte légitimité médicale). Suivant la logique « introduction », « méthode », « résultats », « conclusion », est présentée une procédure minutieuse de validation d'un questionnaire : analyse par des experts, tests préalables sur un groupe témoin avec verbalisation de la compréhensibilité des questions par les participants (« l'entretien cognitif »). C'est grâce à cette procédure qu'il est jugé reproductible et donc « fiable » (procédure de test et re-test en faisant compléter par deux fois le questionnaire à un échantillon de personnes pour vérifier les concordances des réponses). Le tout est protégé par la mise en place de signatures de consentement de participation et par l'analyse statistique de la procédure test, re-test (« leur fiabilité a été évaluée par le coefficient non pondéré de Gwet (AC1) »). Autrement dit, ce chapitre affirme que la méthode présente bien tous les gages de scientificité attendus en biomédecine (procédures retraçables et importance du facteur reproductibilité).

Le chapitre 4 présente alors les résultats après passation dudit questionnaire (sur un échantillon « de convenance » de 10 485 adultes, après consultation du « comité de protection des personnes » et du « comité d'Ethique des centres d'investigation clinique »¹¹⁶⁶, selon une procédure minutieusement décrite). L'analyse des résultats (par le logiciel R) est rapportée et le codage utilisé est bien disponible pour le lecteur¹¹⁶⁷. Les conclusions qu'il propose à la discussion sont alors que les ostéopathes sont les thérapeutes alternatifs les plus consultés, pour des douleurs musculosquelettiques (douleurs de dos en particulier), parfois isolément, parfois en complément d'une prise en charge conventionnelle¹¹⁶⁸.

¹¹⁶⁴ « Conclusion : we found no clear specificity of the use of CAM practitioners versus conventional health practioners » Article d'Antonin et tous ses co-auteurs dans une revue anglophone.

¹¹⁶⁵ Article relatant la démarche de « validation », c'est-à-dire testant la reproductibilité d'un questionnaire, publié dans une revue de santé publique francophone, là encore avec de multiples co-auteurs.

¹¹⁶⁶ Pour une analyse de ce que ces procédures d'autorisations doivent à la biomédecine, voir le dossier coordonné par Didier Fassin dans Mouvements. Didier FASSIN, « Extension du domaine de l'Ethique », *Mouvements*, 55-56, 2008, p. 124-127.

¹¹⁶⁷ Si là encore il est visible que la traçabilité et la reproductibilité sont au cœur des préoccupations du chercheur, les origines biologiques et techniciennes de cette méthode de recherche ressortent : la population est jugée « naturellement » homogène, peu décrite, sans inquiétude excessive sur sa représentativité au vu du grand nombre. A l'inverse, la partie technique du traitement statistique occupe une place importante : c'est là que le chercheur doit faire montre de sa maîtrise et s'exposer à la critique de ses pairs ou à la reconnaissance de son savoir-faire scientifique.

¹¹⁶⁸ Il s'agit ici d'un résumé à la hache ayant pour but de comprendre la logique de la production scientifique.

Un chapitre 5 complète la recherche par la mobilisation d'un nouveau type d'enquête, la « *cross-sectional study* » (c'est-à-dire le retraitement des réponses précédentes pour isoler 2056 répondants ayant des douleurs au dos) pour tenter de comprendre si le recours aux thérapies complémentaires est dû à une insatisfaction face à la médecine conventionnelle. Présenté là encore sous forme d'article publié (revue anglophone, indexation dans pubmed), ces analyses accréditent le lien entre dissatisfaction et recours aux thérapies alternatives, même si l'ostéopathie (isolée des autres thérapies alternatives) peut être complémentaire à la médecine conventionnelle sans phénomène d'insatisfaction vis-à-vis de celle-ci.

Cette recherche montre une administration de la preuve appuyée sur la logique quantitative : l'état de la littérature est fait via une revue systématique, préférant donc le résumé de la somme des connaissances à l'analyse selon un positionnement assumé et une perspective choisie. Le cœur de la démonstration tient dans les résultats d'un questionnaire préférant le nombre de répondants plutôt que leur choix argumenté, via une diffusion proche de la « bouteille à la mer » (envoi de mails à de multiples associations). La robustesse est acquise par la reproductibilité technique : c'est la description minutieuse des procédures, l'affichage des moindres opérations qui, suivant la logique des grands nombres, donne des gages en faveur d'une répétition possible du résultat. Cette logique, qui se distingue frontalement d'une approche compréhensive plus courante en sciences sociales, tend à proposer cette recherche comme sociale par son sujet, biomédicale par son approche : il y a un normal et un pathologique définissable par le médecin, une logique hypothético-déductive (les hypothèses ne sont pas induites par une enquête mais par les présupposés du chercheur et elles sont testées par des questions imposées), une preuve par le nombre et par le test statistique ésotérique. Ce n'est pas via la réflexion que s'analyse, par exemple, la fiabilité du questionnaire mais par l'analyse statistique des concordances entre évaluateurs lors de tests. Le côté ésotérique de cette statistique tient à la difficulté à comprendre les tenants et aboutissants mathématiques. Cela ne sous-entend pas que le chercheur ne les maîtrise pas, simplement que leur utilisation crée une distance au profane, ne permettant pas la controverse sur le mode de l'argumentation. Ainsi l'utilisation du coefficient statistique « Gwet's AC1 » est censée assurer que, lors de la validation du questionnaire par test et « re-test », les réponses similaires données par les « enquêtés-cobayes » (donc la reproductibilité) ne le sont pas par hasard. En l'absence d'explications mathématiques sur le fonctionnement de cette méthode statistique, se crée un sentiment d'inconfort pour le lecteur profane : confronté à l'incompréhension et à l'asymétrie de position, ce dernier se soumet alors au choix du scientifique¹¹⁶⁹. Seuls les initiés peuvent alors discuter sur le choix du test et sa pertinence pour assurer la robustesse de la reproductibilité.

¹¹⁶⁹ Une recherche bibliographique ne permet qu'avec difficulté de comprendre les implications mathématiques. Voir par exemple Nahathai WONGPAKARAN, Tinakon WONGPAKARAN, Danny WEDDING et Kilem L GWET, « A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples », *BMC Medical Research Methodology*, 13-1, 2013, p. 61.

La logique des acteurs, dont l'orientation de recherche module à la fois la maîtrise d'outils appris durant la formation et les possibilités offertes par leur environnement pour encadrer leurs premiers travaux, rencontre alors la logique institutionnelle. La forme du questionnement proposé par Antonin (séparant d'emblée des thérapies légitimes et illégitimes) entre en accord avec les velléités de la corporation. Sa recherche devient un outil politique financé et alimente la corporation en retour. Ce jeune chercheur suit aussi une logique importante entourant l'installation de l'Evidenced Based Medicine, la résistance des membres du champ médical aux extérieurs : « *la médecine des preuves constitue, une arme de choix dans la lutte contre les médecines complémentaires ou alternatives (médecine des plantes, yoga, homéopathie, acupuncture, etc.)* »¹¹⁷⁰.

L'interrogation quant à leur pratique est une motivation forte incitant des kinésithérapeutes à se lancer dans la recherche, avec une position qui permet à certains d'entrevoir une carrière académique. Pour cela ils mobilisent les ressources scientifiques proches et légitimes qui les conduit à un alignement sur la recherche médicale, ce qui semble moins le cas de la part des chercheurs en soins infirmiers. Dans un premier temps, cette recherche en rééducation est hébergée au sein de laboratoires et de départements universitaires STAPS. Mais, par la suite, les changements plus globaux en cours à l'université (création des facultés de santé, pressions budgétaires rendant les ressources des régions -en charge des formations paramédicales- désirables) et les contingences internes à la profession médicale (tentatives de renforcement des groupes des médecins rééducateurs ou en lien avec des thématiques proches - neurologie ou gériatrie -) permettent l'entrée de kinésithérapeutes dans les départements universitaires de santé. Cette évolution du terrain favorise l'entérinement administratif d'une filière de recherche propre avec, en 2019, la création de trois CNU à destination des paramédicaux. La CNU 91 institutionnalise le développement d'une recherche suivant les préceptes médicaux : pour être qualifié (et entrevoir les portes d'une carrière académique) il faut faire montre d'un certain nombre de publications dans des revues évaluées selon des critères quantitatifs. Le moteur de recherche « pubmed » et les revues anglophones bien indexées sont alors des passages obligés, formatant d'autant la recherche dans cette voie étroite.

b) La méthodologie de recherche quantitative : quand la recherche du groupe professionnel entre en résonance avec les politiques publiques

Les kinésithérapeutes accédant à la recherche le font dans un cadre scientifique bien particulier, celui de la recherche biomédicale. De ce fait, ils intègrent une méthodologie et s'inscrivent dans un mécanisme

¹¹⁷⁰ Henri BERGERON et Patrick CASTEL, « Normalité, normalisation et normation », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 4, 2015, p. 7-14.

de science normale (au sens de Thomas Kuhn¹¹⁷¹) les conduisant à produire et analyser des données selon les propositions de la biomédecine. Or ce paradigme de recherche a des propriétés bien particulières en matière de liaison entre recherche et politiques publiques : ce modèle, inspiré de la physique, met l'accent sur l'homogénéité des corps (sous-bassement indispensable à la logique de répliquabilité des essais et de mobilisation des grands nombres), préparant mal à la variabilité des sociétés et à la singularité des individus¹¹⁷². Une forme d'objectivité mécanique peut apparaître quand l'aspect protocolaire des recherches prend l'ascendant sur l'inventivité et la réflexivité scientifique. La montée de ce paradigme scientifique tend à discréditer l'autorité des cliniciens et s'oppose de manière forte au positionnement prudentiel des professionnels. C'est ce qui explique que Ted Porter considère la quantification comme un outil préférentiel des groupes affaiblis pour tenter de justifier leur position¹¹⁷³ : devant leur expertise remise en cause, la production de chiffre fait office de succédané. Pour les kinésithérapeutes, ces propriétés expliquent que cet accès à la recherche ne se double que d'une faible reconnaissance de leur expertise. Leurs actes sont considérés comme des techniques évaluables quantitativement et, de ce fait, peuvent être limités si les expériences ne sont pas concluantes. La mise en chiffre ouvre de plus la boîte noire de leur action aux extérieurs (médecins notamment), qui peuvent alors orienter les choix thérapeutiques presque indépendamment des kinésithérapeutes.

L'approche biomédicale, une norme qui s'impose aux chercheurs kinésithérapeutes.

D'un côté, les kinésithérapeutes se tournant vers la recherche investissent les méthodologies biomédicales. De l'autre, les représentants de la corporation soutiennent ces recherches et obtiennent de l'Etat, dans un moment favorable (adoption du LMD, injonction d'ouvrir l'université au monde professionnel), une reconnaissance de celles-ci. Pourtant, cette articulation de l'action publique ne doit pas occulter le climat plus général de la société, « *marqué par le rôle de plus en plus actif des sciences, tant sociales que naturelles, dans les problèmes spécialisés de l'industrie, de l'administration et de la réglementation, accompagné d'un détachement rhétorique des rôles publics, et certainement de la contestation publique, au nom de l'objectivité* »¹¹⁷⁴. Des productions scientifiques deviennent ainsi politiques, malgré le déni des acteurs de la recherche dont l'affichage d'objectivité justifie justement ce rôle politique. C'est ainsi que la recherche kinésithérapique se place dans un paradigme d'Evidenced Based Practice, avec ses niveaux de preuves et ses normes procédurales quant aux phénomènes biologiques testés et constatés.

¹¹⁷¹ T. S. KUHN, *La structure des révolutions scientifiques.*, op. cit.

¹¹⁷² A. DESROSIERES, *La politique des grands nombres*, op. cit, p. 372.

¹¹⁷³ T. M. PORTER, « Objectivity and Authority: How French Engineers Reduced Public Utility to Numbers », art. cit.

¹¹⁷⁴ « *marked by the ever more active role of the sciences, social as well as natural, in specialized problems of industry, administration, and regulation, accompanied by a rhetorical detachment from public roles, and certainly from public contestation, in the name of objectivity* » Theodore M PORTER, « How Science Became Technical », *Isis*, 100-2, 2009, p. 292-309.

Si les scientifiques ont un rôle politique pour la corporation, ils croient mettre à distance leurs opinions en recourant aux méthodes quantitatives pour évaluer les traitements physiques à proposer aux patients. Cette croyance, héritée de la socialisation à la recherche médicale, est appuyée par la convocation de Karl Popper lors de certains échanges informels, notamment au sein du comité scientifique des Journées Francophones de Kinésithérapie. La recherche en kinésithérapie serait ainsi objective par ses méthodes. L'essai randomisé contrôlé en serait le gold standard car particulièrement propice à la recherche de la falsification poppérienne¹¹⁷⁵. Le chercheur mettrait alors tout en œuvre pour démontrer l'absence d'efficacité des traitements et ce n'est que devant le constat inverse qu'il conclurait provisoirement à une efficacité. Cette épistémologie a d'autant plus de succès chez les kinésithérapeutes qu'elle leur permet de mettre à distance les ostéopathes, notamment la part d'entre eux non kinésithérapeutes initiaux. Il est alors possible d'inscrire la kinésithérapie comme discipline scientifique : les kinésithérapeutes poursuivraient une méthodologie consistant à tester et à tenter de prendre en défaut leurs propositions. A l'inverse, les ostéopathes ne s'appuieraient que sur leurs observations a posteriori et, en suivant Popper, ne feraient ainsi acte que de « pseudo-science ».

« J'ai fait beaucoup de revues systématiques depuis que j'ai repris la recherche. Je fais plus tant de [recherche clinique]. Parce qu'il y a déjà beaucoup de données existantes et j'essaie de faire en sorte qu'elles... maintenant, qu'elles aient un impact... La publication. Et du coup je trouve que j'y arrive un peu mieux. Si tu veux, avant, le but était de publier un article. Maintenant l'objectif est que cet article soit lu et qu'il ait des conséquences pratiques. Et je pense que les articles en ont eu. Vraiment. L'article sur l'ostéo crânienne c'est celui qui fonde l'avis déontologique de l'Ordre qui n'autorise pas la pratique de l'ostéopathie crânienne pour un kinésithérapeute... Tu vois. Du coup il y a des vraies conséquences pour les quelques milliers de kinés ostéos en France, tu vois [...] Et après, ce que montre la revue c'est qu'il y a des biais méthodologiques importants dans les études cliniques qui sont fait [sur l'ostéopathie crânienne]. Et que... du coup ben ça permet généralement difficilement de conclure quelque chose. »

Entretien avec Michael, maître de conférences, HDR, directeur d'IFMK, 21/04/2021

Dans l'article évoqué¹¹⁷⁶, cette équipe de l'IFMK A utilise la méthodologie de la méta-analyse pour proposer une conclusion sur l'efficacité d'une technique ostéopathique, avec une composante proprement politique en découlant : la non autorisation de son utilisation par les kinésithérapeutes suivant les instructions du Conseil de l'Ordre. La publication scientifique légitime prend donc un rôle performatif pour ces kinésithérapeutes, elle permet de trancher sur les techniques mobilisables. Sa méthodologie montre la normativité de l'approche biomédicale sur leur vision du monde : cette revue de littérature rejette les articles ne correspondant pas au « plus haut niveau de preuve ». De ce fait, ne

¹¹⁷⁵ Pour Karl Popper, la Science passe par la recherche permanente de la mise en défaut des théories existantes. Les scientifiques seraient en permanence en train de chercher à prouver que leurs propositions sont fausses : la falsification. Ce n'est qu'en ne pouvant pas prouver cela qu'ils admettent les théories comme provisoirement vraies.

¹¹⁷⁶ Article anglophone publié dans une revue référencée dans de nombreux moteurs de recherche scientifiques et valorisée selon les critères biomédicaux (« H-index » élevé notamment).

sont conservés que les essais randomisés contrôlés (sélections aléatoires des personnes recevant ou non le traitement) et les études croisées (les mêmes patients reçoivent le traitement et ne le reçoivent pas sur des laps du temps séparés). Au sein des études utilisant ces méthodologies légitimes, seules celles impliquant des « malades » sont retenues et uniquement si le traitement consiste en de l'ostéopathie crânienne isolée. Ces trois choix, à relier à la vision biomédicale du soin, montrent trois implications profondes de cette approche de recherche : la mesure sur le grand nombre¹¹⁷⁷ et le hasard¹¹⁷⁸ fondent la preuve. La malade est réputé distinct du sujet sain¹¹⁷⁹. L'effet d'une technique est réputé isolable des autres éléments constitutifs du réel¹¹⁸⁰. Tous ces éléments marquent un parti pris épistémologique (sans doute inconscient) et un alignement sur les pratiques dominantes dans la recherche médicale actuelle. Parmi ces fondamentaux, le grand nombre et le hasard sont alors des attributs qui doivent, d'une part, être contrôlés par le chercheur pour être légitime et, d'autre part, des conditions de preuves qui doivent être inculquées à l'ensemble du groupe professionnel pour améliorer les pratiques.

Les pionniers de la recherche kinésithérapique creusent donc le sillon en ce sens. Une organisation historique ayant un rôle important de ce processus de codification de la recherche en kinésithérapie en France est la SFP (société française de physiothérapie)¹¹⁸¹. L'attraction pour l'international, visible dans la dénomination même (la physiothérapie efface ici la kinésithérapie), se traduit par le relais en France d'une campagne de promotion de la base de données d'articles scientifiques légitimes PEDro (Physiotherapy Evidenced Database). La nécessité de promouvoir l'utilisation de PEDro en France tient

¹¹⁷⁷ Cette idée que la quantification fait la preuve est à relier à sa prétention d'objectivité construite comme une absence de subjectivité (alors que d'autres approches scientifiques privilégient l'objectivité comme réflexivité et prise en compte de la subjectivité). Porter (T. M.), « Quantification and the Accounting Ideal in Science », *Social studies of science*, 22, 1992.

¹¹⁷⁸ Alain Desrosières montre que cette propriété explicative décernée au hasard est relativement récente, s'imposant progressivement durant la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Avant cela, le « choix judicieux » était préféré au hasard qui renvoie dans l'inconnu une partie des propriétés explicatives. « *Non seulement les phénomènes aléatoires peuvent être domestiqués par des hypothèses sur leurs distributions, mais ils peuvent même être utilisés positivement, pour engendrer des conditions expérimentales susceptibles de faire émerger et de consolider des faits scientifiques* ». C'est ainsi que le glissement d'une preuve par la corrélation plutôt que la causalité est acceptée : l'hypothèse préalable engagerait le constat ultérieur et permettrait d'affirmer un lien de causalité. A. DESROSIÈRES, *La politique des grands nombres, op. cit.*, p. 358.

¹¹⁷⁹ Si l'état sain et pathologique se distinguent, en suivant Canguilhem, cela est d'une part d'abord dû au ressenti de perte de normativité qualitative du patient et non à une hypothétique frontière mesurable médicalement. De plus, le normal inclut le pathologique, en ce sens qu'il serait anormal de n'être jamais malade. De ce fait, la distinction d'une cohorte de malade dans les études cliniques est d'abord une convention et non un fait objectif. G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique, op. cit.*

¹¹⁸⁰ La segmentation de l'organisme en phénomènes analysables de façon autonome est liée à la forte biologisation de la médecine. Un des préalables est à mettre à l'actif de Claude Bernard et sa construction d'un milieu intérieur comme système propre ayant ses propres variables explicatives (bien qu'en interaction avec un milieu extérieur). Cette prépondérance du biologique, et donc de « l'effet propre » d'une action thérapeutique, se retrouve aujourd'hui dans le glissement des facteurs de risques (multiples, extérieurs) aux marqueurs biologiques (isolables, internes). Jean-Claude DUPONT, « Les métamorphoses de l'épidémiologie cardio-vasculaire : des facteurs de risque aux marqueurs biologiques », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, Volume 22-2, 2015, p. 139.

¹¹⁸¹ Il s'agit d'une structure associative rassemblant des kinésithérapeutes intéressés par « la recherche », une grande partie étant titulaire de doctorats. Elle organise des journées scientifiques, édite une revue (Kinésithérapie, la revue, déjà évoquée) et permet des échanges au sein de la frange de « kinésithérapeutes chercheurs ».

au fait qu'« un élément essentiel de la pratique basée sur les preuves est la recherche d'articles de haute qualité méthodologique afin de répondre [aux] questions cliniques. Malgré l'importance de cette recherche d'articles scientifiques, seul un kinésithérapeute sur trois consulte une base de données par mois »¹¹⁸².

Or, pour les dirigeants de la SFP, les articles contenus dans PEDro ont tous les attributs de la « bonne » recherche en kinésithérapie : « PEDro est une base de données gratuite rassemblant plus de 49 000 articles de recherche en lien avec la Kinésithérapie / Physiothérapie comme des essais contrôlés randomisés (ECR), des revues systématiques et des recommandations de pratique clinique en physiothérapie [...] La qualité de chaque ECR de PEDro est évaluée indépendamment. Ces niveaux de qualité permettent de guider rapidement l'utilisateur vers les essais ayant une haute qualité méthodologique et qui contiennent suffisamment d'informations pour guider la pratique clinique. PEDro est un projet porté par le Centre pour la Physiothérapie Fondée sur les Preuves ("Centre for Evidence-Based Physiotherapy" – CEBP) de l'institut australien "The George Institute for Global Health". »¹¹⁸³

Ces acteurs tentent d'imposer au groupe professionnel le respect de l'échelle des valeurs proposée en biomédecine¹¹⁸⁴ par la promotion des ECR (Essais Contrôlés Randomisés) et des méta-analyses¹¹⁸⁵. En ce sens la notion clé pour quitter « l'opinion » et faire « science » est de passer de l'individu (et de la faillibilité que l'interconnaissance et la spécificité du cas déclenchent chez le chercheur) au groupe (si possible de taille importante). Dit autrement, « la rhétorique scientifique est persuasive en grande partie parce que cette connaissance est présumée ne pas dépendre des individus faillibles qui constitue la communauté des chercheurs »¹¹⁸⁶.

La statistique s'impose dans la bonne gestion de cette description du réel par l'EBP et est promue comme instrument légitimant le statut de chercheur. C'est ainsi qu'un kinésithérapeute enquêté a pu commencer son doctorat presque uniquement sur justification de son savoir-faire statistique :

«[L'obtention du master en ingénierie de la santé s'est fait via] une validation des acquis professionnels, parce que comme j'avais déjà un gros parcours scientifique... Parce que oui, j'ai fait un DU [diplôme d'Université] de réhabilitation respiratoire entre temps aussi. Donc, finalement, il y a pas mal de modules que j'ai pu valider sans avoir besoin de les passer. Et comme j'avais déjà fait pas mal de formations en e-learning sur les statistiques. J'avais fait ça,

¹¹⁸² <https://www.sfphysio.fr/projets/pedro-5174> site accessible au 21/04/2021

¹¹⁸³ <https://www.sfphysio.fr/groupe/pedro-7> site accessible au 21/04/2021

¹¹⁸⁴ Pour rappel, l'HAS, en France, hiérarchise les niveaux de preuve scientifique comme suit : 1) les essais comparatifs randomisés avec des effectifs nombreux et les méta-analyses. 2) les essais comparatifs randomisés de faibles effectifs ou des études comparatives non randomisées « bien menées ». 3) les études de cas témoins. 4) les études comparatives comportant des biais importants ou les séries de cas. 5) l'avis d'experts sans études.

¹¹⁸⁵ L'administration renforce cette inclination, en proposant des financements aux hôpitaux en fonction du volume de publication selon ce modèle légitime, notamment via les SIGAPS et SIGREC. Un aperçu de ce système est possible sur le site <https://aphp.sigaps.fr/> accessible au 21/04/2021

¹¹⁸⁶ « The rethoric of science is persuasive in large part because that knowledge is assumed not to depend on the faffible individuals who constitute the scientific community » T. M. PORTER, « Objectivity and Authority: How French Engineers Reduced Public Utility to Numbers », art. cit.

c'était le module d'Harvard sur la méthodologie de recherche clinique, donc c'était 4 semaines d'enseignement en e-learning... J'ai fait aussi une formation de l'université de Standford sur 12 semaines de statistique... Euh, donc voilà, il y a pas mal de choses que j'ai pu valider quoi voilà. J'ai pas eu grand-chose à faire là-bas, c'est surtout le mémoire que j'ai dû passer. »

Entretien avec Sylvain, kinésithérapeute en fin de thèse (sciences de la motricité), père chef d'entreprise et mère employée, 14 Avril 2021.

Cette nécessité de la mesure statistique pour certifier les affirmations dans la recherche en kinésithérapie se retrouvent du financement (les appels à projet de la SFP demandent des descriptions approfondies du mode de recrutement et nombre de patients en jeu ainsi qu'un plan statistique détaillé, les appels d'offre d'autres organisations semblant sur un modèle similaire) à la valorisation (l'indexation dans pubmed ou la recherche de l' « impact factor »¹¹⁸⁷ sont incontournables). Plus encore cette rigueur du nombre sous-tend une rigidification de la recherche (la « recherche normale » de Thomas Kuhn). Les apprentis chercheurs doivent créer ces chiffres dans un cadre préfabriqué :

« En fait c'est [l'évaluation des dossiers de demande de financement des PHRIP¹¹⁸⁸] extrêmement simple, tu vas sur un site qui s'appelle Innovarc¹¹⁸⁹, tu as le projet, tu télécharges la lettre d'intention. La lettre d'intention grosso modo c'est un très gros résumé du protocole. Et... En fait... Tu as plein de critères, tu as tout une liste de critères et tu as juste à cocher oui, non ou machin avec juste un petit commentaire à côté pour justifier ton choix mais c'est tout. Donc c'est vraiment des trucs définis d'avance [...] c'est beaucoup sur la méthodo... Et sur les financements aussi quoi. En gros, est-ce que l'étude, est-ce que les critères de jugement utilisés sont pertinents. Est-ce que le calcul d'effectif est bien fait, est ce que la méthodo est faite de sorte qu'elle peut vraiment répondre à la question de base, voilà. C'est des questions toutes faites comme ça [...] [le calcul d'effectif] c'est une formule statistique basée sur la différence qu'on attend entre les deux groupes dans les études randomisées contrôlées, la variation de cette différence, ça c'est l'écart type... En gros s'il y a une grosse fluctuation autour de la moyenne ou pas. Et en fonction de la puissance statistique choisie et du risque alpha. Ça c'est sur le risque sur la p-value à 5% quoi. Donc voilà, l'idée c'est de regarder comment ils ont été piocher ces données-là. Normalement ils doivent justifier leur calcul d'effectif, pourquoi ils attendent en fait une moyenne de tant entre les deux groupes, sur quoi ils se basent en fait. Et ils sont censés se baser sur des études pilotes, de la littérature, sur voilà. L'idée c'est d'aller chercher sur les références, voir si effectivement le calcul d'effectif est bien fait ou pas quoi. Voilà. Donc c'est important le calcul d'effectif, parce que c'est ce qui permet de minimiser les biais statistiques en fait. C'est-à-dire que si tu fais une étude sur un petit échantillon tu as un risque alpha et un risque bêta important »

Entretien avec Sylvain, kinésithérapeute en fin de thèse (sciences de la motricité), père chef d'entreprise et mère employée, 14 Avril 2021.

Pour pouvoir mener une recherche institutionnelle il faut donc se soumettre à une méthodologie pré codifiée (« une liste de critères et tu as juste à cocher »), mais aussi montrer sa connaissance implicite des règles informelles de « bonne recherche ». Bien que jamais argumenté épistémologiquement, le

¹¹⁸⁷ Cette importance des indices va jusqu'à la catégorisation des chercheurs eux-mêmes, ainsi certains acteurs se qualifiaient via des indices de visibilité et de quantification de leurs publications (voir par exemple <https://www.bibliothequescum.ca/formations-et-conseils/guides-et-tutoriels/quel-est-votre-impact-en-savoir-plus-sur-lindice-h/>, accessible le 04/07/2022).

¹¹⁸⁸ Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale

¹¹⁸⁹ Il s'agit d'une plateforme permettant de déposer les projets espérant des financements par le ministère de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/innovarc>, accessible le 01/02/2022.

« calcul d'effectif bien fait » ou « la p-value à 5% »¹¹⁹⁰ montrent que la recherche est réalisée dans les pas de ses prédécesseurs, en respectant les règles du jeu ainsi actées.

En dehors de la méthodologie, la codification des populations enquêtées reprend celle utilisée par la médecine : il s'agit de « pathologies », considérées comme entités suffisamment claires pour ne pas nécessiter de définition plus poussées¹¹⁹¹ :

« Le critère d'inclusion c'est la population qui t'intéresse. Par exemple le domaine de réentraînement à l'effort de patients atteints de BPCO¹¹⁹². Donc généralement tu peux mettre un critère d'âge, si tu veux, généralement pour BPCO on définit supérieur à 40 ans mais tu n'es pas obligé. Là ça peut être patient atteint de BPCO, alors après tu peux affiner un petit peu en disant est-ce que tu prends tous les BPCO, est ce que tu prends les BPCO seulement les plus sévères, est-ce que... Donc ça tu peux affiner si tu veux dans les critères d'inclusion... Et après tu as les critères de non inclusion, c'est grosso modo tout ce qui peut interagir sur tes résultats en fait, donc par exemple tu vas pas prendre, si tu veux regarder les effets du réentraînement à l'effort, si tu veux vraiment être sûr que ça soit le réentraînement à l'effort et éviter des facteurs confondants tu vas exclure... Ceux qui ont une pathologie neurologique dégénérative par exemple. Donc c'est le BPCO qui a une sclérose en plaque, et donc ta rééducation va interagir dessus et sur tes résultats. Tu vas exclure les patients sous tutelle curatelle de l'Etat, tu vas exclure les patients instables, donc là tu vas définir des critères de ce que tu appelles instabilité, ça peut être je sais pas le patient qui a, je ne sais pas, plus de 38 de fièvre par exemple... Euh... Voilà ou qui a fait une crise respiratoire il y a moins de deux semaines par exemple, donc au niveau respiratoire, il est pas encore hyper stable, tu vois tout ce qui peut interagir finalement sur ton traitement, ce qui fait qu'effectivement, la conclusion finalement de l'étude porte sur une population très ciblée quoi. »

Entretien avec Sylvain, 14 Avril 2021.

Le cadre de pensée du kinésithérapeute engagé dans la recherche clinique est contraint par la nosologie médicale. Sa marge de réflexion se situe au niveau de quelques variables au sein de cette classification imposée par la profession médicale : quelle tranche d'âge ? S'agit-il de malades « idéaux », c'est-à-dire enregistrés sous une seule entité nosologique, ou, faute de mieux, de malades plus complexes ?

Pour obtenir des financements et ainsi valider une « bonne » recherche clinique, le cas de Sylvain illustre la nécessité, pour les chercheurs, de se soumettre à des étapes de protocole précises et non négociables

¹¹⁹⁰ Sur le petit « p » si important dans la recherche biomédicale, lire par exemple Régina Nuzzo et sa critique d'une normativité des résultats ainsi produits. Elle rappelle notamment que le p-value est simplement un outil statistique pour « résumer les données en supposant une hypothèse nulle » (c'est-à-dire une absence de différence entre les caractéristiques mesurées des populations construites). « Il ne peut pas fonctionner à l'envers et faire des déclarations sur la réalité sous-jacente » (traduction personnelle). Regina NUZZO, « P values, the 'gold standard' of statistical validity, are not as reliable as many scientists assume. », *Nature news*, 506, 2014, p. 3.

¹¹⁹¹ Bien que Maël Lemoine souligne que, même au sein de la médecine, selon l'approche clinique, génétique, mécanique, épidémiologique ou bactérienne, la définition de la maladie est fluctuante et, surtout, entraîne des variations dans les populations catégorisées sous le même terme lexical : « il est possible à présent de préciser le sens de "désunité" (de la science, de la médecine). Intuitivement, il faut comprendre qu'un même phénomène pathologique est expliqué de manières différentes et parallèles, chacune complète en son genre, chacune produisant un effet d'évidence, chacune ignorant les autres. Signes cliniques dont il faut dégager le sens, cibles et effets de traitements pharmacologiques, caractéristiques qu'il faut corrélérer en épidémiologie, phénomènes mécaniques, événements signifiants en psychopathologie, vitalité d'un agent pathologique en infectiologie, expression de caractères génétiques, réactions pathologiques de cellules, effets de macromolécules anormales, à chaque fois le phénomène pathologique constitue une nouvel explanandum ». M. LEMOINE, *La désunité de la médecine*, op. cit, p. 186.

¹¹⁹² Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive, il s'agit d'une atteinte respiratoire chronique.

(une fois le financement obtenu des autorisations ultérieures sont requises, via le Comité de Protection des Personnes par exemple). Une fois les résultats récoltés, il est alors attendu un traitement statistique là encore précis et prédéfini. Enfin, la publication fait appel à la mise en forme là encore prédéfinie de ses conclusions. Le format Introduction-Méthodologie-Résultats-Discussion est alors vu comme un format universel, avec, au niveau de la méthodologie, des possibles sous-sections expliquant le traitement statistique¹¹⁹³.

Si les producteurs de ces savoirs agrément de bon cœur (il s'agit d'une valorisation de leur utilité sociale) à ce paradigme de recherche, c'est aussi le cas des thérapeutes eux-mêmes, ou, en tout cas pour mon terrain, des jeunes ou futurs thérapeutes. Ainsi j'ai pu constater, lors d'un congrès destiné à ce public (le CIFEPK¹¹⁹⁴) une réelle appétence pour les conférences proposant des traitements labellisés « Evidenced Based Practice » (EBP).

¹¹⁹³ Pour avoir une idée de l'extrême codification de la publication médicale il est possible de se référer aux directives selon la catégorie de recherche médicale sur <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/> visible le 21/04/2021. Il est intéressant de noter que la normativité et l'encadrement strict de la recherche médicale va jusqu'à la recherche « qualitative », où il est attendu de préciser systématiquement la taille de ses échantillons d'enquêtés, la description du matériel d'enregistrement ou de transcription ainsi que le minutage. A. TONG, P. SAINSBURY et J. CRAIG, « Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups », *International Journal for Quality in Health Care*, 19-6, 2007, p. 349-357. Pour un exemple des grilles de notation des relecteurs il est possible de se référer au « journal of the association of american medical colleges », <https://journals.lww.com/academicmedicine/Pages/checklistPubCriteria.aspx> actif au 21/04/2021

¹¹⁹⁴ Congrès International Francophone des Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie. Quasiment inexistant une dizaine d'années en arrière au moment de mes études (2005-2008), le CIFEPK, créé en 2007, est devenu en un peu plus d'une dizaine d'années un incontournable, rassemblant 1000 étudiants et jeunes professionnels (jauge limitée par les organisateurs bénévoles et atteinte très en amont de l'évènement). La plupart des communications sont basées sur des expérimentations quantitatives, bien que des propositions « SHS » existent aussi (j'ai pu y assister après avoir été sollicité pour y intervenir).



Figure 21 : photo du congrès CIFEPK à Bordeaux, en mars 2020, session inaugurale.

Les discussions informelles au cours de ce congrès, celui des JFK 2019¹¹⁹⁵, dans les IFMK enquêtés ou avec les étudiants reçus en stage dans mon cabinet montrent une volonté de s'outiller pour rendre le service le plus efficace au patient. Pour ce faire, la socialisation dans une ambiance biomédicale (instituts historiquement proches des facultés de médecine, personnels enseignants parfois en cursus universitaires au sein de ces filières) pose les données quantitatives comme les plus crédibles.

Si l'imitation du médecin explique l'approche, le moteur de la démarche de scientification semble alors la réduction de l'incertitude. Pour ces jeunes praticiens, la confrontation au patient et à sa singularité les met en situation d'effectuer des choix, de soupeser plusieurs options, pour parier sur la meilleure thérapeutique. Si l'imitation d'un collègue jugé plus expérimenté conserve une importance, la possession préalable d'une mallette de gestes techniques pré-évalués semble un autre atout réconfortant¹¹⁹⁶. Il y a une sincère préoccupation du bon soin derrière cette appétence pour cette science. Il ne s'agit pas tellement, pour les kinésithérapeutes de terrain, d'un processus de protection légale ou administrative, mais bien d'une volonté d'assurer un soin considéré ainsi comme optimal. Tous ne se réfugient pas dans cette approche (les thérapies alternatives sont toujours florissantes, montrant que la définition du soin optimal reste discutée) mais celle-ci semble occuper une place importante dans la formation (la forme des mémoires d'IFMK que j'ai pu évaluer entre 2018 et 2022 va dans ce sens d'un respect du cadre biomédical). Ces résultats de recherches cliniques fournissent des instruments mobilisables avant les premières confrontations aux patients : ainsi une stagiaire d'une école française,

¹¹⁹⁵ Journées Francophones de Kinésithérapie, organisées par la Société Française de Physiothérapie déjà citée

¹¹⁹⁶ Patrick CASTEL, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, 26-1, 2008, p. 9-32.

m'envoie un mail 15 jours avant son stage dans notre cabinet, en y demandant les pathologies qu'on lui confiera afin qu'elle puisse réviser et lire des études. Tout se passe comme si l'incertitude devenait intolérable pour un thérapeute et qu'il fallait la réduire à un risque que les évaluations chiffrées permettraient d'appréhender.

Les chercheurs kinésithérapeutes s'alignent sur la recherche biomédicale de la logique « EBP » des médecins. Il s'agit pour eux d'argumenter les propositions thérapeutiques qu'ils mettent en œuvre : les jeunes diplômés notamment, cumulant socialisation médicale plus poussée (les études sont allongées, universitarisées en partenariat avec des facultés de « santé » et ils sont sélectionnés dans les mêmes rangs que les futurs médecins) et manque d'expérience devant les patients, y sont particulièrement sensibles. La recherche kinésithérapique s'inscrit alors dans un cadre préexistant et très codifié d'établissement de la preuve. Ce cadre est basé sur trois piliers : le hasard, non plus vu comme un échec de la Science devant des variables incontrôlées¹¹⁹⁷ mais comme instrument de neutralité. C'est grâce à celui-ci que les chercheurs espèrent mettre à distance leurs opinions et rendre leurs conclusions crédibles. Le second pilier est le grand nombre : la preuve passe par l'écrasement de la singularité et par la réduction des différences interhumains à un dénominateur commun. C'est le grand nombre de patients testés qui fait que les constats sur la pathologie et la thérapeutique (finalement seuls points communs) s'imposent comme corrélés dans les conclusions des études. Enfin, en lien avec le précédent, la soumission à la nosologie médicale n'est pas questionnée et le malade est présumé objectivement distinct de la personne saine. Ce dernier point est sans doute le plus difficile à tenir dans la réalité du travail médico-scientifique, devant le constat de pathologies multiples et d'autres variables altérant la « pureté » des cas pathologiques étudiés. Pourtant, même sur ce point, c'est essentiellement la capacité à se placer dans la lignée des chercheurs précédents et d'adopter des méthodologies « crédibles » (« exclure » les cas complexes, les problématiques sociales, les âges extrêmes) qui permet la recherche institutionnelle. Autrement dit les kinésithérapeutes se retrouvent pris dans une science dont ils maîtrisent les codes, mais dont ils sont incapables de discuter les règles.

Biomédecine et conséquences pour un groupe dominé : ouvrir la « boîte noire » des pratiques aux dominants. Le cas de la kinésithérapie respiratoire chez les bébés atteints de bronchiolite.

Cette approche scientifique a des conséquences proprement politiques. D'une certaine façon, si le militantisme des acteurs permet l'émergence d'une recherche scientifique, cette recherche scientifique retentit sur la politique des acteurs (en matière de soin ou de militantisme). En effet, cette rhétorique de neutralité du support mathématique s'accompagne aussi d'une tendance à l'universalité¹¹⁹⁸ : « *La foi des*

¹¹⁹⁷ A. DESROSIERES, *La politique des grands nombres, op. cit.*, p. 358.

¹¹⁹⁸ Manuel Schotté relie cette conception d'universalité à l'approche biologique de la science : « *la biologie prend principalement pour objet le fonctionnement du corps conçu comme un universel, l'intérêt des sciences sociales*

scientifiques dans la méthode soutient la présomption que la connaissance est impersonnelle et qu'elle peut facilement être partagée et avancée au sein d'une communauté de recherche. Cette foi dans la transparence et l'universalité du savoir contribue à expliquer pourquoi les scientifiques sont si réticents à admettre qu'ils font eux aussi usage de la rhétorique. Paradoxalement, la remarquable capacité des scientifiques à créer un savoir public et à obtenir un assentiment presque universel est liée à la perspective anti-rhétorique qui caractérise leur vision des choses »¹¹⁹⁹. Si ce savoir est neutre et universel il n'y a pas de raison de ne pas appliquer ces conclusions à tous les patients similaires.

Les kinésithérapeutes s'inscrivent alors dans la démarche de l'Evidenced-Based Practice, publicisée dans les années 1990. Ce concept est une injonction à s'appuyer sur les données scientifiques, c'est-à-dire les résultats des thérapeutiques sur des groupes, pour envisager le traitement singulier. Ces données sont supposées être mises en regard de l'expérience clinique du praticien et des choix du patient. Pour autant, cette triade est asymétrique. Alors que les tenants de cette science considèrent leurs propositions comme universelles (jusqu'à preuve du contraire), l'expérience clinique du praticien est réputée faillible (c'est d'ailleurs la raison de l'adoption de cette méthodologie scientifique érigeant en gold standard l'ECR). L'avis du patient quant à lui ne semble pas un contre-poids très puissant à la normativité des résultats scientifiques. Certains auteurs évoquent le flou qui peut exister entre annonce d'un diagnostic et recueil d'un consentement au plan de traitement¹²⁰⁰, d'autres montrent même qu'en réalité le médecin prend ses décisions presque au corps défendant du patient et fonction de sa position sociale¹²⁰¹.

Les recherches biomédicales n'érigent pas simplement des normes modifiant l'interaction entre médecin et patient, elles agissent à un niveau institutionnel, servant de base à l'établissement d'Evidenced-Based Policy¹²⁰². Les politiques de santé sont réputées coûteuses et il est nécessaire de sélectionner¹²⁰³ et

réside dans leur capacité à mettre au jour ce qui conduit à différencier les humains entre eux ». Manuel SCHOTTE, « Les possibles corporels : support biologique, déterminations sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, 54-1, 2016, p. 201-220.

¹¹⁹⁹ Traduction personnelle de T. M. PORTER, « Objectivity and Authority: How French Engineers Reduced Public Utility to Numbers », art. cit.

¹²⁰⁰ Marie Ménoret ou Sylvie Fainzang montrent que le médecin, seul connaisseur des possibilités thérapeutiques et des données quant à l'incertitude de celles-ci, dirige l'interaction dans le sens souhaité. Ménoret (M.), « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 25 (1), 2007 ; Fainzang (S.), « La communication d'informations dans la relation médecins-malades: Une approche anthropologique », *Questions de communication*, (15), 2009.

¹²⁰¹ Il peut s'agir d'un choix discrétionnaire du médecin quant à l'orientation en soins palliatifs ou en tentatives curatives en oncologie. Ou, dans la même discipline, du choix et de la logique d'implication de patients dans les essais thérapeutiques. Aurore LORETTI, « Les logiques sociales de la décision médicale. Etude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures », *Sciences Sociales et Santé*, 37-4, 2019, p. 37-62 ; Sylvain BESLE et Émilien SCHULTZ, « Utiliser la recherche pour soigner le cancer : l'innovation biomédicale localisée », *Revue française de sociologie*, Vol. 61-3, 2021, p. 405-433.

¹²⁰² Catherine LAURENT, Jacques BAUDRY, Marielle BERRIET-SOLLIEC, Marc KIRSCH, Daniel PERRAUD, Bruno TINEL, Aurélie TROUVE, Nicky ALLSOPP, Patrick BONNAFOUS, Françoise BUREL, Maria José CARNEIRO, Christophe GIRAUD, Pierre LABARTHE, Frank MATOSE et Agnès RICROCH, « Pourquoi s'intéresser à la notion d'« evidence-based policy » ? », *Revue Tiers Monde*, 200-4, 2009, p. 853.

¹²⁰³ La revue « Les tribunes de la Santé » se fait régulièrement l'écho de cette tendance. Il est par exemple possible de se référer à l'article qu'y rédige le directeur éditorial de la revue « prescrire », qui plaide pour une « démonstration » des valeurs ajoutées des médicaments (il est à noter que, dans ce cas, c'est bien l'industrie pharmaceutique qui est pointée du doigt et non la profession médicale). Bruno TOUSSAINT, « La régulation du médicament par les normes (AMM, SMR, ASMR...) », *Les Tribunes de la santé*, 2-64, 2020, p. 87-97.

imposer¹²⁰⁴ les traitements ayant montré une efficacité clinique sur des groupes homogènes, sensément reproductibles¹²⁰⁵. C'est en particulier la mission de la HAS (Haute Autorité de Santé) française, qui édicte des « recommandations ». La normativité sur l'exercice et le rôle clé des institutions telles que la HAS dans la traduction des recherches biomédicales en injonctions seront ici abordés via la controverse sur la kinésithérapie respiratoire de désencombrement du nourrisson. Il sera alors montré que l'utilisation des méthodes scientifiques de la profession médicale par les kinésithérapeutes met surtout ces derniers à la merci de l'appréciation des « mandarins » les plus légitimes, en ouvrant la « boîte noire » de leurs pratiques.

Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables face aux infections respiratoires. Plus ils sont jeunes et de faible poids, plus la fatigue causée par l'effort respiratoire peut amener des complications. Un virus fréquent du nouveau-né est ainsi le VRS (virus respiratoire syncytial). Souvent bénin, il peut, chez certains bébés, provoquer des sécrétions importantes de mucus qui peuvent obstruer l'arbre respiratoire, alimentant une fatigue générale et parfois une déshydratation pouvant conduire à des hospitalisations et des assistances respiratoires.

La prise en charge non médicamenteuse de l'appareil respiratoire fait partie des compétences des kinésithérapeutes en France, ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres pays. En Amérique du Nord, des « respiratory therapist » prennent en charge spécifiquement ces cas, tandis qu'en Allemagne ce sont les infirmières qui disposent de la plupart de ces prérogatives. En ce sens, ce domaine de la kinésithérapie est sans doute en limite de « mandat »¹²⁰⁶ : il s'agit d'une motricité bien particulière, celle de la cage thoracique et du système cardio-respiratoire sous-jacent, avec toute les notions d'urgence et de risque vital qui peuvent être associées aux atteintes de la zone. Les témoignages indigènes évoquent le développement en France des techniques kinésithérapiques de drainage bronchique manuelles à partir

¹²⁰⁴ « L'imposition » est cependant difficile pour les groupes professionnels les plus puissants, voir notamment l'argumentaire du président du collège des médecins généralistes pour éviter de se soumettre aux référentiels : Paul FRAPPE, « Les référentiels et leur non-application en médecine générale », *Les Tribunes de la santé*, N°64-2, 2020, p. 49.

Pourtant, il s'agit bien du but recherché, notamment par la HAS, dont l'un des objectifs est l'évaluation « médico-économique » des prestations. Son instrument est l'édiction de recommandation, « levier de régulation particulièrement important ». Christine MAILLARD et Agnès BUZYN, « La Haute Autorité de santé en 2017 », *Les Tribunes de la santé*, N° 58-1, 2018, p. 79.

A noter que cette régulation des pratiques est aussi objet de concurrence entre acteurs, comme en témoignent les velléités de la CNAM en la matière, explorées au chapitre 3 via les régulations démographiques, mais aussi exprimées plus directement par son directeur dans « Les tribunes de la Santé ». Nicolas REVEL, « L'Assurance maladie, partenaire ou contrôleur des professionnels de santé ? », *Les Tribunes de la santé*, N° 58-1, 2018, p. 37.

¹²⁰⁵ Catherine Bourgain notamment, montre pourtant que ce n'est pas toujours le cas, y compris dans une discipline très fortement appuyée par la technologie biologique et à forte utilisation de la statistique, la génétique. Catherine BOURGAIN et Claire BEAUDEVIN, « Au-delà de la technologie : travailler à la fiabilité de la prédiction génétique », *Médecine et philosophie*, 2, 2020, p. 34-39 ; Mauro TURRINI et Catherine BOURGAIN, « Gerer l'incertitude dans la prévention génétique d'une maladie fréquente : decision medicale et thrombophilie a l'hospital », *Sciences Sociales et Santé*, 39-3, 2021, p. 5-32.

¹²⁰⁶ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

des années 1970¹²⁰⁷, soutenu par des avis d'experts¹²⁰⁸. Ce sont ces avis qui permettent d'affiner les techniques (disparition du « clapping », c'est-à-dire des grandes tapes dans le dos au profit de l'« accélération du flux expiratoire » -AFE- par des pressions prolongées sur le thorax accentuant la phase d'expiration d'air). Ils sont soutenus par des recherches qui s'appuient avant tout sur les signes cliniques ou les examens médicaux. Dans les années 1970, les premiers articles retrouvés concernant le désencombrement bronchique de l'enfant concluent à l'efficacité de la technique grâce aux constats radiologiques¹²⁰⁹ ou suite à des épreuves fonctionnelles¹²¹⁰.

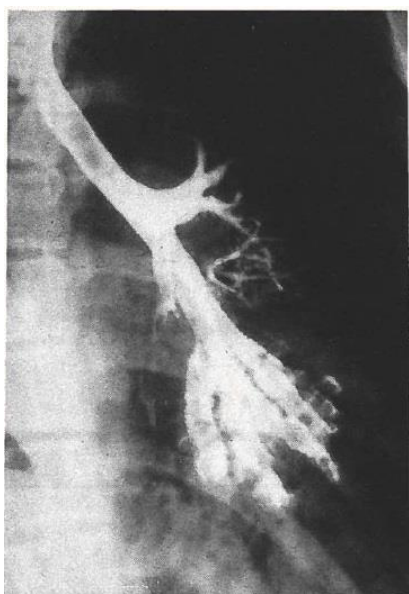


Fig. 1a. Jeune fille de 10 ans se plaignant de bronchorrhées chroniques. La bronchographie gauche montre des dilatations des bronches au niveau de la pyramide basale.

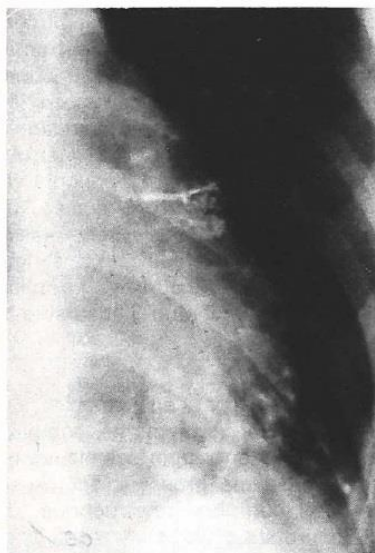


Fig. 1b. Après kinésithérapie évacuant 30 expectorations on obtient une bonne vidange des bronchectasies alors que le segment de Fowler reste opacifié. Il se produit un passage de produit de contraste dans les alvéoles aussi bien au niveau du segment de Fowler que dans le segment ventral du lobe supérieur gauche.

Figure 22 : images tirées de l'article de 1979 « Place de la radiologie dans le diagnostic et la surveillance des bronchopathies chroniques de l'enfant avant et après kinésithérapie »¹²¹¹.

¹²⁰⁷ Un kinésithérapeute, Joel Barthe, a notamment participé à ce développement au sein de l'hôpital pédiatrique parisien Necker : avec un professeur de médecine convaincu, André Hennequet, ils codifient les premiers gestes d'AFE (Accélération du Flux Expiratoire) chez des enfants atteints de mucoviscidose. En 1968, ils ouvrent un premier département de kinésithérapie respiratoire pédiatrique hospitalier (toujours à Necker) et écrivent par la suite plusieurs articles accréditant les effets bénéfiques de cette thérapeutique. F RUFF, A HENNEQUET et J BARTHE, « Intérêt de la kinésithérapie respiratoire dans le traitement des bronchopathies sécrétantes chez l'enfant. Contribution de l'exploration fonctionnelle. », *Kinésithérapie scientifique*, 173, 1979, p. 51-55.

¹²⁰⁸ Philippe JOUD, « Les 30 glorieuses de la kinésithérapie respiratoire : 1980-2010 », *Kinésithérapie, la Revue*, 10-100, 2010, p. 70-72.

¹²⁰⁹ A SBIHI, D LALLEMAND, J BARTHE, A HENNEQUET et J SAUVEGRAIN, « Place de la radiologie dans le diagnostic et la surveillance des bronchopathies chroniques de l'enfant avant et après kinésithérapie », *Kinésithérapie scientifique*, 173, 1979, p. 45-47.

¹²¹⁰ L'épreuve fonctionnelle comprend une part de mesures (débits d'air, gaz du sang, volumes d'air) qui objectivent des évolutions cliniques chez quelques patients. C'est plus l'évolution singulière répétée et mesurée qui fait la preuve plutôt que l'objectivité par comparativité et corrélation. F. RUFF, A. HENNEQUET et J. BARTHE, « Intérêt de la kinésithérapie respiratoire dans le traitement des bronchopathies sécrétantes chez l'enfant. Contribution de l'exploration fonctionnelle. », art. cit.

¹²¹¹ A. SBIHI, D. LALLEMAND, J. BARTHE, A. HENNEQUET et J. SAUVEGRAIN, « Place de la radiologie dans le diagnostic et la surveillance des bronchopathies chroniques de l'enfant avant et après kinésithérapie », art. cit.

Si ces premiers articles, étayant le drainage bronchique par des kinésithérapeutes, portent sur d'autres pathologies respiratoires de l'enfant¹²¹², ils soutiendront ensuite l'élargissement aux prises en charge des bébés atteints de bronchiolites. Ainsi, en 1988, des kinésithérapeutes cadres de la profession publient, en collaboration avec des médecins, une étude montrant l'efficacité de leurs pratiques dans « le journal de pédiatrie et de puériculture »¹²¹³. Basée sur trois cohortes de bébés suivis en milieu libéral et hospitalier, les auteurs s'appuient sur les signes cliniques et les évolutions constatées : « *il est frappant de noter qu'aucun enfant hospitalisé ou mis en réanimation n'ait eu de kinésithérapie avant* », « *quand les enfants sont en réanimation : la quantité de sécrétions recueillie est plus importante qu'en l'absence de kinésithérapie* », « *elle améliore momentanément les paramètres gazométriques et volumétriques des patients en réanimation* ». La force de la preuve ne repose pas sur la comparaison de groupe, mais sur l'addition de constats positifs, explicables par la raison : « *Dès la fin d'un temps inspiratoire, les mains provoquent une chasse expiratoire [...] Cette manœuvre permet en outre à la main thoracique d'exercer des vibrations si on le désire en fin d'expiration afin de jouer sur les propriétés thixotropes des sécrétions, améliorer l'interaction mucociliaire, stimuler l'activité ciliaire par effet de résonance* ». La justification de cette thérapeutique passe donc par l'explication d'un processus (chasse de l'air par l'appui, stimulation de l'écoulement par les vibrations) et les constats cliniques additionnés (peu d'hospitalisations quand les bébés reçoivent de la kinésithérapie respiratoire en ville, de meilleures expectorations constatées avec kinésithérapie en réanimation que sans). Ce qui semble emporter la conviction est donc le raisonnement soutenu par le verbe : une explication complexe, accessible aux initiés, faisant appel à un savoir commun. L'utilisation d'un vocabulaire scientifique (« propriétés thixotropes » du mucus ou « interaction mucociliaire ») confirme le sérieux du propos. Le nombre (413 enfants, 2128 séances) n'est mobilisé que comme outil pour montrer la répétition des constats cliniques.

Mais cette approche ne résiste pas aux changements en cours au tournant des années 2000. Les tenants de l'EBP pointent la partialité possible de l'analyse : le clinicien chercheur peut ne détecter que ce qui lui semble valider son procédé. Il est alors préférable de soutenir l'efficacité des techniques par l'essai de celles-ci contre témoins. Si des tentatives d'évaluations médicales de ce type sont rapportées dès les années 1960¹²¹⁴, ce n'est que 40 ans plus tard que ce procédé devient la norme. Comme le résumait Henri Bergeron et Patrick Castel, l'EBP remet en cause, d'une part, la prépondérance de l'explication physiopathologique dans la pratique clinique et, d'autre part, l'importance de l'expérience et du « bon

¹²¹² Notamment la prise en charge des enfants atteints de mucoviscidose. Ainsi ces premiers articles utilisent comme références les propositions de rééducation de la mucoviscidose de Joel Barthe (kinésithérapeute) et des explications physiologiques sur le fonctionnement des voies respiratoires (via des articles médicaux).

¹²¹³ J BARTHE, G CATALANO, G CHERON, D De TEMMERMANN et R MOUY, « Kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites », *journal de pédiatrie et puériculture*, 1, 1988, p. 41-45.

¹²¹⁴ Rémy BOUSSAGEON, « L'evidence based medicine (ebm) et la légitimité du pouvoir de guérir », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266-HS, 2011, p. 33.

sens » des praticiens¹²¹⁵. Si la conférence de consensus de 2000¹²¹⁶ confirme la place du drainage respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite, elle souligne cependant la faiblesse des preuves au regard des exigences nouvelles de scientificité :

*« Le recours à la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne et sur un avis d'experts (grade C) [...] Des travaux de validation de cette pratique dans les bronchiolites aiguës du nourrisson doivent être poursuivis et encouragés afin d'obtenir une base scientifique solide. »*¹²¹⁷

Maintenue dans les recommandations, cette thérapeutique est toutefois progressivement mise en doute par les prescripteurs : il y a une « absence d'efficacité démontrée »¹²¹⁸. Les kinésithérapeutes « experts » du domaine tentent alors de défendre leur travail¹²¹⁹ : les procédés peuvent varier selon les praticiens, les enfants peuvent varier selon les contextes (hospitaliers, de ville), il est difficile d'isoler l'effet biologique de l'effet psychologique sur les parents et de toute façon la kinésithérapie ne suit pas le découpage de la science médicale car elle s'occupe de déficience (ici respiratoire) et non de pathologie. De ce fait, la légitimité à pratiquer la kinésithérapie respiratoire demeure et les études pour l'appuyer sont difficiles¹²²⁰ et ne peuvent être exigées par les prescripteurs. Pourtant cette rhétorique fait long feu et les médecins exigent des preuves : « peu d'études sont disponibles avec de faibles niveaux de preuve. Elles tendent à montrer que la kinésithérapie respiratoire n'aurait qu'un faible intérêt dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson ne modifiant pas l'histoire naturelle de la maladie ou la durée d'hospitalisation. Au total, on ne peut recommander de manière systématique la kinésithérapie »¹²²¹.

La première étude française utilisant le hasard comme fondement épistémologique se met en place au tournant 2010 avec l'étude « Bronkinou ». De manière significative, elle est portée par un médecin

¹²¹⁵ H. BERGERON et P. CASTEL, « Normalité, normalisation et normation », art. cit.

¹²¹⁶ Pour cette conférence de consensus le groupe d'experts, faisant leurs propositions, était constitué de 15 médecins et 1 kinésithérapeute. Le groupe de jury, établissant la recommandation, était constitué de 12 médecins, 2 infirmiers, 2 non professionnels de santé (un responsable petite enfance et un journaliste) et 2 kinésithérapeutes.

¹²¹⁷ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson*, Cité des sciences et de l'Industrie de la Villette - Paris, 2000.

¹²¹⁸ « Bronchiolite : pas de kinésithérapie respiratoire systématique », *Prescrire*, 277-26, 2006, p. 768-770.

¹²¹⁹ Eric BEAUVOIS, Henri FOURE, Pascal GOULLY et Gregory REYCHLER, « Kinésithérapie dans la bronchiolite : doute raisonné ou raison de douter ? », *Kinésithérapie, la Revue*, 7-63, 2007, p. 51-52.

¹²²⁰ Une tentative est faite au début des années 2000, toujours selon le procédé de l'addition des constats cliniques qui a fait la force de la technique dans les années 1980. Ainsi, une cadre kinésithérapeute encadre une étude rétrospective sur les bilans réalisés par des kinésithérapeutes organisés en réseaux de prises en charge des bronchiolites. Les additions de comparaisons de bilans avant et après kinésithérapie respiratoire montrent une amélioration de l'état des bébés. Cette étude aura peu de répercussion et sera ignorée hors de son cercle de publication dans une revue de kinésithérapie francophone. Joëlle ANDRE-VERT, Marylis GAZAVE, Patrick GOUDENEGE et José MORENO, « Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne », *Kinésithérapie, la Revue*, 6-50, 2006, p. 25-34.

¹²²¹ B. STERLING, E. BOSDURE, N. STREMLER-LE BEL, B. CHABROL et J.-C. DUBUS, « Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire : un dogme ébranlé », *Archives de Pédiatrie*, 22-1, 2015, p. 98-103.

hospitalier (PU-PH de pédiatrie) et l'article en découlant¹²²² (revue anglophone indexée) est signé d'abord par des chefs de services de l'AP-HP, ignorant les kinésithérapeutes ayant participé à l'étude. Or le choix des populations comme les critères d'efficacité retenus doivent énormément aux profils de ces auteurs : il s'agit de bébés avec des « bronchiolites » plutôt qu'«encombrés » et les mesures sont celles du temps de guérison et secondairement des critères de lourdeur d'hospitalisation (et de techniques médicales mobilisées notamment l'assistance respiratoire) :

« C'était bien des populations qui avaient la bronchiolite mais des patients qui étaient pas toujours encombrés. Moi je fais partie des kinésithérapeutes qui disent qu'on ne peut désencombrer qu'un patient encombré. Et qui fait le diagnostic de l'encombrement ? et c'est ça aussi le problème, pour savoir si un patient est encombré ? [...] Moi j'aurais voulu qu'à l'époque de « Bronkinou », une fois que le médecin avait diagnostiqué et validé la bronchiolite, qu'un kinésithérapeute dise, avant qu'il soit randomisé, qu'il soit dans le groupe témoin ou le groupe kinésithérapie, est ce que ce patient est encombré ? [...] Et les médecins ils ont pas voulu, ils ont dit « ouais on va garder l'enfant avec le diagnostic de la bronchiolite »... Ouais mais toutes les bronchiolites ne sont pas encombrées, il y a des bronchiolites qui n'ont pas besoin de kinésithérapie, ouais ça c'est clair. »

Entretien avec Hervé, cadre supérieur kinésithérapeute hospitalier parisien impliqué dans l'étude « Bronkinou », 02/03/2022.

Face à l'imposition des critères médicaux, le hasard rend son jugement et le groupe de bébés hospitalisés ayant réalisé des séances de kinésithérapie ne guérit pas plus vite de cette infection virale que le groupe avec des aspirations nasales¹²²³ : « Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les admissions en réanimation (RR=0.7, 95%CI, 0.3 à 1.8, p=0.62), la nécessité d'une assistance ventilatoire (RR=2.5, 95%CI, 0.5 à 13.0, p=0.29) ou d'un traitement antibiotique (RR=1.0, 95%CI, 0.7 à 1.3, p=1.00). Il n'a pas été mis en évidence d'effet de la kinésithérapie respiratoire utilisant la technique de l'augmentation du flux expiratoire associé à la toux provoquée sur le délai de guérison des nourrissons hospitalisés pour une première bronchiolite aiguë. »¹²²⁴ Cette étude aura un retentissement du côté des médecins : la revue « Prescrire » s'en fait l'écho¹²²⁵, puis additionne ce constat aux constats anglo-saxons pour dénoncer la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite¹²²⁶. La randomisation est réputée possible et, devant ce haut niveau de preuves, le doute n'existe plus, la kinésithérapie respiratoire¹²²⁷ est inefficace.

¹²²² Vincent GAJDOS, Sandrine KATSAHIAN, Nicole BEYDON, Véronique ABADIE, Loïc DE PONTUAL, Sophie LARRAR, Ralph EPAUD, Bertrand CHEVALLIER, Sylvain BAILLEUX, Alix MOLLET-BOUDJEMLINE, Jean BOUYER, Sylvie CHEVRET et Philippe LABRUNE, « Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial », *PLoS Medicine*, 7-9, 2010, p. e1000345.

¹²²³ Le groupe témoin n'a pas bénéficié d'un « non traitement » mais d'aspirations, possiblement réalisées à l'hôpital pas le personnel infirmier et non seulement pas le personnel kinésithérapeute.

¹²²⁴ V. GAJDOS, S. KATSAHIAN, N. BEYDON, V. ABADIE, L. DE PONTUAL, S. LARRAR, R. EPAUD, B. CHEVALLIER, S. BAILLEUX, A. MOLLET-BOUDJEMLINE, J. BOUYER, S. CHEVRET et P. LABRUNE, « Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis », art. cit.

¹²²⁵ « Bronchiolite des nourrissons : essai négatif pour la kinésithérapie respiratoire », *Prescrire*, 30-325, 2010.

¹²²⁶ « Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire », *Prescrire*, 32-350, 2012.

¹²²⁷ Les techniques anglo-saxonnes (vibration, clapping) non utilisées en France et les techniques françaises de modulation du flux expiratoire sont alors assimilées, tout comme les critères d'efficacité retenus, pourtant disparates. L'agrégation de ces résultats hétérogènes est censée améliorer le niveau de preuve.

En 2018, un débat oppose un kinésithérapeute expert¹²²⁸ en kinésithérapie respiratoire et le médecin universitaire ayant dirigé l'étude « Bronkinou »¹²²⁹. Ce n'est plus alors le constat clinique, mais leur analyse de la littérature scientifique légitime (donc basée sur l'essai contrôlé randomisé -ECR-) qui est convoquée pour défendre leurs points de vue antagonistes : « *L'échange des arguments se base sur des éléments objectifs tirés de publications référencées qui font état de trois méthodes de KR retenues par la plus récente révision Cochrane (2016)* ». Le médecin déclare que la littérature montre un effet du drainage bronchique dans certaines pathologies respiratoires (mucoviscidoses...) mais pas dans la bronchiolite. A l'inverse, le kinésithérapeute répond que la littérature ne met pas en doute le drainage bronchique si les patients sont triés selon leur symptomatologie (il y a encombrement) et non la nosologie (il y a une bronchiolite). En 20 ans le processus de légitimation a changé. Ce n'est plus l'argumentation réflexive qui fait foi mais le nombre : les épreuves contre témoins doivent montrer l'efficacité. La résistance peut alors s'organiser autour de la constitution des groupes à éprouver (des bébés pour lesquels les médecins diagnostiquent une bronchiolite ou des bébés que les kinésithérapeutes estiment encombrés ?) mais la logique de la preuve hiérarchisée de l'EBP est adoptée.

Des kinésithérapeutes tentent alors de s'approprier ces outils et s'essaient à des recherches quantitatives sur le sujet avec des résultats variables. Des kinésithérapeutes universitaires et formés aux revues de littérature ou à l'épidémiologie mettent en doute ces anciennes techniques¹²³⁰ alors que d'autres, notamment en France, pensent pouvoir accréditer la thérapeutique par des ECR à leur main. C'est le cas notamment d'un cadre hospitalier, Jacques¹²³¹, appuyé par les nouvelles unités de recherches paramédicales hospitalières. Ayant participé à l'étude « Bronkinou », il y regrette les critères d'évaluation mais pense pouvoir retourner à son avantage cette méthodologie :

« Quand j'ai participé, avec [un autre cadre supérieur de santé kinésithérapeute en fin de carrière, impliqué dans les réseaux bronchiolites], avec Gadjos [le médecin dirigeant l'étude], à l'époque, on a construit le protocole avec lui au titre de la kinésithérapie. C'est-à-dire qu'on lui a donné les informations : comment on faisait la kinésithérapie, qu'est ce qui nous semblait important à rechercher comme critère de jugement, comme objectif [...] Là où on s'est beaucoup battu avec lui, c'est qu'il a dit tout de suite « moi c'est la durée d'hospitalisation que je veux voir » [...] « Est-ce qu'on réduit la durée d'hospitalisation ? » Et c'est pas ça qui signe la qualité de la kinésithérapie respiratoire. En tout cas je pense pas. Bref. Mais dans le même

¹²²⁸ En l'occurrence Guy Postiaux, kinésithérapeute belge, enseignant en Haute Ecole belge de kinésithérapie, auteur de nombreux ouvrages sur la kinésithérapie respiratoire à destination des kinésithérapeutes. Il a notamment été expert représentant les kinésithérapeutes lors de la conférence de consensus française de 2000.

¹²²⁹ G POSTIAUX, P MAFFEL, J-C VILLIOT-DANGER et J-C DUBUS, « La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Arguments pour/contre », *Revue des Maladies Respiratoires*, 35, 2018, p. 403-415.

¹²³⁰ Un article souvent repris est celui d'une revue de littérature, portée par une statisticienne ayant comme co-auteur des kinésithérapeutes universitaires espagnols et un pédiatre. Marta ROQUE I FIGULS, Maria GINE-GARRIGA, Claudia GRANADOS RUGELES et Carla PERROTTA, « Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2012.

¹²³¹ Parisien, fils d'un père cadre supérieur et d'une mère au foyer, il obtient le diplôme de kinésithérapeute en 1979 et de cadre de santé en 1990. Il travaillera toute sa carrière dans les hôpitaux parisiens, notamment pédiatriques et fondera un réseau de garde bronchiolite (kinésithérapeutes proposant des prises en charge de week-end). Il participera à ce titre à l'étude « Bronkinou », mais ne sera pas cité dans les auteurs.

temps on l'a fait avec lui et moi j'ai beaucoup appris sur les cahiers d'observations, sur... [durant cette première étude de Vincent Gajdos] on s'est battu aussi dans les services pour occulter les... Tu sais les boxes de pédiatrie c'est ouvert. Donc on a scotché des rideaux pour pas que les infirmières qui passent voient ce qu'on faisait, y compris peut-être parfois les bébés, parce qu'on était appelé y compris quand il n'y avait pas de kinésithérapie [dans les cas des bébés randomisés dans les « groupes témoins »]. On restait dans la chambre pendant une demi-heure et on faisait rien au bébé en définitive. Donc on arrivait quand même à le déranger un peu pour qu'ils entendent pleurer [d'éventuels observateurs hors du box]... Que les infirmières qui arrivent [ne puissent déterminer si c'était un bébé « témoin » ou « traité »], enfin bref on a monté plein de trucs là-dessus, j'ai beaucoup appris aussi sur l'organisation même [...] C'était la première fois qu'on était confronté à une méthodologie de recherche clinique. Opérationnelle. C'était en 2008-2009. C'est à ce moment-là qu'on s'est dit pourquoi on n'essaierait pas de faire la même chose ? »

Entretien avec Jacques, cadre de santé kinésithérapeute proche de la retraite et impliqué dans les études « bronkilib » 1 et 2, 25/09/2021

La première étude interventionnelle réalisée par des kinésithérapeutes français (« bronkilib 1 ») sera discréditée : la publication est jugée de faible envergure (revue francophone, peu indexée) et la méthodologie pas assez rigoureuse. L'étude, orchestrée par un kinésithérapeute cadre supérieur hospitalier plutôt en fin de carrière, est critiquée publiquement par deux jeunes kinésithérapeutes universitaires¹²³². Ils pointent l'absence de groupe témoin, l'auto-évaluation du score choisi par le kinésithérapeute traitant ou encore le mauvais choix d'analyse du score : celui-ci est un nombre (score de Wang) mais traité en continu (le score s'améliore après la kinésithérapie respiratoire) alors que la « rigueur scientifique » exigerait la délimitation en classes analysables statistiquement (bénigne de 0 à 3, modérée de 4 à 8 etc). La critique est sévère : « *Malheureusement, ces résultats n'ont pas bénéficié d'une analyse statistique. Si le score avait été analysé selon ces catégories plutôt qu'en continu, il est probable que les résultats ne seraient pas significatifs [...] D'après nous, les résultats de cette étude n'auraient dû être présentés que comme ceux d'une étude préliminaire, dans le but d'évaluer la faisabilité de l'étude randomisée contrôlée qui allait lui succéder. A l'heure actuelle, cette étude n'apporte aucun argument supplémentaire permettant de soutenir la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson* »¹²³³.

Ces nouveaux kinésithérapeutes universitaires n'ont pas les réticences de leurs aînés quant aux méthodologies de la recherche clinique biomédicale. La neutralité axiologique est pour eux d'abord assurée par le respect de la méthodologie apprise (importance du hasard, mis à l'œuvre via le groupe témoin, et de la statistique). Les écarts à celle-ci sont alors autant de trahison de l'idéal de preuve scientifique et ne peuvent que contrefaire la bonne description de la réalité. Au constat clinique expliqué par la raison de leurs prédécesseurs, ils préfèrent la croyance rassurante dans le chiffre produit de façon standardisée, soit-il produit sur des populations différentes, par des professionnels différents, dans des

¹²³² Jacques est Cadre supérieur de santé dans un grand Hôpital parisien spécialisé en pédiatrie, appartenance rappelée dans son article. A l'inverse, M. L est kinésithérapeute libéral titulaire d'un doctorat en « santé », il signe sa publication en se réclamant de l'INSERM. Son co-auteur, M. N est kinésithérapeute hospitalier, doctorant en « santé » lui aussi, il signe sa publication de son UMR et université de rattachement.

¹²³³ Afin de conserver l'anonymat des acteurs, la publication (revue francophone) n'est pas référencée.

pays différents, selon des techniques différentes : « *il convient d'être prudent quant aux arguments avancés pour soutenir l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, puisque cette prise en charge ne bénéficie actuellement d'aucun fondement scientifique robuste (Sterling B, Bosdure E, Stremier-Le Bel N, Chabrol B, Dubus J-C. Acute bronchiolitis and chest physiotherapy : the end of a reign. Arch Pediatr 2015 ;22(1) :98-103. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaro J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Database Syst Rev 2016 ;2 :CD004873.)* »

Depuis la conférence de consensus de 2000, aucune recommandation officielle n'a été émise quant à cette pratique. La HAS, apparue en 2004, lance donc un travail sur le sujet et publie en 2019 une recommandation¹²³⁴. Après avoir rappelé les niveaux de preuves considérés¹²³⁵, l'attitude à tenir quant à la kinésithérapie respiratoire est étudiée :

A	Les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration, clapping sont contre indiquées dans la bronchiolite aiguë (vote 13 experts : 13 pour)
B	La kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire (AFE) n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé (vote 13 experts : 13 ok)
AE	La kinésithérapie respiratoire peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire) (vote 13 experts : 13 pour)
AE	En l'absence de données, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier . (vote 13 experts : 10 pour, 3 contre)

¹²³⁴ HAS, *Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.*, Paris, 2019.

¹²³⁵ Le tableau suivant est présenté en préambule :

Grade de recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Tableau 25 : recommandation HAS 2019 concernant la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolites

Au final, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement lors d'un premier épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 12 mois est **non recommandée** en l'absence de données suffisantes dans la littérature.

Les discussions semblent avoir été âpres, comme le montre les rapports du groupe de lecture de la HAS (41 médecins, 20 kinésithérapeutes, 1 pharmacienne et 2 hygiénistes) et du groupe de travail (4 représentants de l'HAS, dont 3 médecins, 10 médecins experts et 4 kinésithérapeutes experts) dont 2 membres (kinésithérapeutes) ont déclaré leur « désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique »¹²³⁶. La première scission est d'ordre professionnelle : il s'agit pour les pédiatres de réaffirmer leur prééminence sur une pathologie virale qui a pu sembler, un temps, être devenue d'abord un problème kinésithérapique :

« Des dérives se sont mises en place. La kinésithérapie [qui] pouvait être éventuellement utile et surtout une façon de surveiller les enfants, et bien, c'est devenu « Le » traitement de la bronchiolite. Et on a quand même quelques années où les parents sortaient systématiquement avec une ordonnance de kiné pour leurs enfants avec bronchiolite [...] [du coup, il a fallu] actualiser nos « recos » et cette fois-ci de manière « evidenced based » et ça a été ça toute la discussion autour de la table à la HAS [...] Et puis là où on tombe des nues c'est qu'on se rend compte qu'il y a 4 kinés dans le groupe [de travail]. Et 4 kinés c'était effectivement inattendu [...] ça illustre bien la place [que la kinésithérapie] avait prise dans la bronchiolite, qui est une place qui est probablement un peu trop importante [...] [Là il y avait] 4 kinés pour une intervention qui n'était pas majeure dans le traitement de la bronchiolite [...] [les kinés,] on a besoin d'eux pour pleins d'autres choses et pas sur la bronchio. »

Entretien avec Mme P, PU-PH de pédiatrie, experte à la HAS en faveur du texte HAS, 08/02/2022.

Face à l'essor de la kinésithérapie respiratoire du nourrisson, qui menace de reléguer les pédiatres à un rôle de prescripteurs automatiques sans réels contrôles de la prise en charge, ce sont les segments les plus légitimes qui montent au créneau pour défendre leur contrôle : ce sont des PU-PH hospitaliers qui réaffirment que la bronchiolite est d'abord un problème viral à leur main et c'est à eux de décider de leurs auxiliaires et de ce qu'il est bon qu'ils fassent. Cette PU-PH a, par exemple, pesé pour mettre en place un réseau de gardes d'infirmières libérales pour surveiller les bébés atteints de bronchiolites à domicile dans sa région, en excluant les kinésithérapeutes. L'exemple anglo-saxon est alors mobilisé au service du groupe professionnel dominant :

« On est dans des spécificités françaises qui ont leurs charmes. On a déjà le vin rouge, le camembert et la baguette mais... On a aussi des spécificités qui méritent probablement d'être revues et puis, peut-être, optimisées. Et l'utilisation de la kinésithérapie en pédiatrie, je parle que du sujet que je connais qui est la pédiatrie, mérite, je pense, qu'on y réfléchisse [...] il y a eu [l'exemple de] l'Angleterre, il y a eu les Etats-Unis, il y a eu le Canada, il y a eu l'Australie

¹²³⁶ HAS, *Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.*, op. cit, p. 34.

et pour lesquels il n'était pas question du tout de kinésithérapie. Donc on s'est retrouvé très isolé avec une pratique [kinésithérapique] qui avait pris une place qui était pas celle de 2000 [...] Donc en matière de recherche clinique et d'« evidenced based » il y a une blague qui est souvent faite, qui est de dire « on a pas besoin d'études cliniques pour montrer qu'il y a plus de survie quand on tombe d'un avion avec un parachute que sans parachute ». Et qu'il y a des choses tellement évidentes que c'est peut-être pas la peine d'aller se lancer dans des travaux longs et compliqués si nulle part dans le monde on le fait et qu'à l'hôpital on le fait plus et que tout se passe bien, est-ce qu'on a vraiment besoin. Voilà. [...] de notre point de vue [de PU-PH de pédiatrie] quand on s'est quitté en 2019 [à l'issue de la recommandation HAS] on avait fait le tour de la question et pour nous la question est réglée hein. Il n'est pas prévu d'y revenir »
Entretien avec Mme P, PU-PH de pédiatrie, experte à la HAS en faveur de la recommandation, 08/02/2022.

« Je n'ai sans doute pas les mêmes compétences que les réanimateurs, les pneumologues, les pontes qui étaient là... Mais il y avait une façon d'attribuer [des coefficients de crédibilité aux études] ... il y avait deux poids, deux mesures hein. Il y avait une façon d'attribuer l'importance à ce qu'on... Tirer l'information qui nous intéresse comme si la conclusion était déjà dans leur tête avant même qu'on fasse le groupe de travail. J'ai eu l'impression qu'on savait où... C'est comme s'ils savaient [les PU-PH de pédiatrie] où ils voulaient aller. De toute façon il fallait que ça saute, la kiné respiratoire [...] Il y avait une hiérarchisation des études, une sorte de non confiance dans les études françaises. Européennes. En tout cas et c'est pour ça qu'il y avait comme un prérequis, il fallait dire que la kiné saute et donc on va prendre les choses par ce biais-là, par ce prisme-là. »

Entretien avec Mme G, médecin généraliste, engagée syndicalement, experte à la HAS, opposée à la « non recommandation de la kinésithérapie respiratoire », 22/03/2022.

Autrement dit, la littérature internationale est une ressource utilisée par les acteurs dominants de cet espace : la kinésithérapie respiratoire n'est pas pratiquée dans les pays anglo-saxons et les études internationales qui montrent son absence d'intérêt sont justement les plus robustes. La kinésithérapie française doit donc s'effacer et les pédiatres doivent redevenir les interlocuteurs légitimes dans cette pathologie.

Pour autant, le conflit n'a pas simplement opposé les médecins aux kinésithérapeutes, il a aussi opposé les tenants d'un constat clinique empirique et les tenants de la foi en la rigueur de la preuve par l'étude quantitative¹²³⁷. Contactée, la HAS m'a ainsi répondu que « si la question de la KR a bien été source de conflit interdisciplinaire, sachez que le positionnement au sein même de chaque discipline qui a pu être observé tout au long du projet a lui aussi été varié »¹²³⁸. Une médecin généraliste a, de fait, voté contre « la non recommandation de la kinésithérapie respiratoire¹²³⁹ alors qu'un kinésithérapeute hospitalier, doctorant en science du mouvement au moment de l'expertise, s'est rangé du côté médical¹²⁴⁰ :

¹²³⁷ Joséphine Eberhart constate elle-aussi, chez les médecins généralistes, une propension à privilégier les pratiques historiques et empiriquement favorables par rapport aux données de l'EBP. Dans son cas aussi, cependant, ce sont bien les normes EBP qui s'imposent aux segments dominés du champ médical. Joséphine EBERHART, « Vie et mort d'un succès pharmaceutique: Retour sur le retrait contesté du Di-Antalvic », *Genèses*, n° 127-2, 2022, p. 33-54.

¹²³⁸ Par mail, le 10 décembre 2019

¹²³⁹ Cette opposition est d'un niveau inférieur à celle des deux kinésithérapeutes qui ont aussi voté contre « la non recommandation de la kinésithérapie respiratoire » mais qui se sont, en plus, « déclarés contre la version définitive de la recommandation de bonne pratique », ce qui n'a pas été le cas de la médecine généraliste.

¹²⁴⁰ Sur les 14 experts : 2 kinésithérapeutes et 1 médecin généraliste ont voté contre le texte. 9 médecins et 1 kinésithérapeute ont voté pour. Le 4^{ème} kinésithérapeute était absent au moment du vote (il semblerait que la date

« On est pas une science dure, on ne fait pas des maths là ! Il y a tellement de choses qui nous échappent, qui échappent à notre logique scientifique démontrée par les études. À chaque fois les conclusions, il y a toujours des exceptions et on sait que la médecine n'est pas une science exacte. D'accord, mais pourquoi on doit toujours appliquer que de la science soi-disant exacte si on prend cette force donnée aux études [biomédicales] [...] Moi je pense que ce qui m'a le plus convaincu [en faveur de la kiné respiratoire] c'est que j'ai vu [des séances de kinésithérapie respiratoire auprès d'un ami kinésithérapeute] donc je sais en quoi ça consiste. Euh, alors si... Quand j'ai vu, on voit si l'enfant peut boire son biberon... on voit après. On voit s'il y a une efficacité. Mais je mets ça dans l'efficacité immédiate et l'efficacité dans le retour ultérieur des parents, où il n'arrivait plus à prendre ses bib[eron]s et puis hop 24 h après il arrive à prendre ses « bibs » et c'est bon pas besoin de l'hospitaliser. Je mets ça dans le retour relativement à distance. »

Entretien avec Mme G, médecin généraliste, engagée syndicalement, experte à la HAS, opposée à la « non recommandation de la kinésithérapie respiratoire », 22/03/2022.

« On arrive à la conclusion que, dès qu'on arrive à des études à grande échelle avec des méthodologies un peu plus robustes, on trouve plus de résultats quoi. Plus de résultats positifs [de la kinésithérapie de désencombrement respiratoire]. Si on fait une synthèse, les études qui sont les plus robustes montrent une absence de résultats et on peut difficilement être sûr que les résultats positifs qui sont retrouvés sur des plus petits contingents ne sont pas liés à des gros biais dans les études. Et donc on peut difficilement formuler une recommandation positive »

Entretien avec Erwan, kinésithérapeute hospitalier et doctorant, expert à la HAS en faveur du texte, 25/11/2021.

La médecin généraliste à un doute sur le bien-fondé du raisonnement basé uniquement sur la littérature, qui oublie, pour elle, l'expérience du praticien. A l'inverse, les kinésithérapeutes « réformateurs » universitaires peuvent se positionner au côté des médecins hospitalo-universitaires, persuadés que les critères de hiérarchisation présidant à l'EBP (ici essentiellement les études portant sur le plus grand nombre) sont les plus à même de faire émerger la réalité de l'efficacité du soin.

Tenant d'améliorer sa copie, l'équipe de Jacques a bien proposé une nouvelle étude en ville à l'appui de la technique (bronkilib 2). Ils ont ainsi intégré la composante essentielle de randomisation en créant un groupe témoin (en faisant patienter les patients 30 minutes avant d'effectivement réaliser les actes thérapeutiques. Avant et après ce laps de temps de 30 minutes, les bébés étaient évalués par un kinésithérapeute extérieur, ne sachant pas s'ils avaient eu une séance de soin) :

« Tu posais la question de bronkilib 1 de pourquoi on n'a pas fait de groupe témoin. Parce qu'on se posait la question à l'époque de comment faire pour ne pas faire de séance de kinésithérapie à une maman qui vient dans un cabinet avec une prescription. On a tordu un peu les choses dans cette zone d'attente et on a compris qu'on pouvait le faire. C'est ça. Ça nous a appris ça aussi. On a discuté avec les statisticiens, les attachés de recherche clinique, les pédiatres qui font de la recherche. Comment ils se démerdent pour faire leur protocole. Ça nous a appris ça au-delà du fait de l'administration globale d'une recherche clinique. »

Entretien avec Jacques, cadre de santé kinésithérapeute proche de la retraite impliqué dans les études bronkilib 1 et 2, 25/09/2021.

de cette dernière réunion ait été fixée tardivement, pour se fixer sur un moment où il était en déplacement à l'étranger).

Pourtant leur recherche a été mise sous pression par le travail de recommandation HAS qui menaçait de sortir ses conclusions en 2019 :

« [un expert kinésithérapeute à l'HAS en opposition avec la recommandation] n'arrivait pas à s'en sortir, notamment, notamment la prof de pédiatrie de [province, experte HAS] qui était très, très agressive sur la kinésithérapie. Bon on s'est dit il faut absolument qu'on publie bronkilib 2 et qu'on le publie en anglais. D'accord, mais comme on s'était ramassé pas mal avec les revues style « european journal of respiratory care machin » etc, c'était pas mal [difficile]... On l'a publié dans une revue open qu'on nous avait conseillé, au centre de recherche clinique, en disant de toute façon essayez les revues open, même s'il y a pas de reviewing c'est intéressant de publier, de marquer le coup. Et on l'a publié dans une revue qui s'appelle JCRM [Journal of Clinical Research and Medicine], une revue open qui a été publiée. On l'a largement diffusé, on l'a présenté au groupe de travail et là on a eu une controverse avec, alors il y a [le kinésithérapeute universitaire en faveur de la recommandation] et d'autres hein.... Docteurs et doctorants en kinésithérapie qui nous ont dit « ah c'est une revue prédatrice ». »

Entretien avec Jacques, cadre de santé kinésithérapeute proche de la retraite impliqué dans les études bronkilib 1 et 2, 25/09/2021.

Le décalage entre des praticiens tentant de sauver leur pratique et les tenants d'une recherche biomédicale orthodoxe est alors visible à travers les règles informelles. Malgré des tentatives pour copier le protocole de recherche légitime, cette équipe de cadres de santé voit ses résultats non pris en compte car parus initialement dans une revue anglophone prédatrice¹²⁴¹, puis dans une revue francophone non indexée¹²⁴², ce qui leur a valu à nouveau les foudres des kinésithérapeutes tenant de la science légitime, dans un billet intitulé « *Entre science et propagande il faut choisir* » :

« Ce message s'adresse aux professionnels peu coutumiers de l'analyse scientifique critique ou qui liront trop rapidement cet « article ». En raison de la large diffusion internationale favorisée par les réseaux sociaux de la publication dont il est question ci-dessous, la présente mise en garde est co-signée par des collègues professeurs de kinésithérapie de milieux académiques de France, Belgique, Portugal, Espagne, Chili et pays hispaniques et lusophones qui souhaitent avertir leurs cercles professionnels. La publication empressée de ce papier, par ailleurs de mauvaise qualité, semble s'inscrire dans le cadre des nouvelles recommandations que prépare la HAS (Haute Autorité de Santé en France) pour les prises en charge médicale et kinésithérapique de la bronchiolite virale aiguë du nourrisson, ce qui inquiète fort les collègues français car les indications de la kinésithérapie seront précisées dans un sens probablement restrictif. A la suite de cette publication, plusieurs collègues étrangers se sont indignés du procédé [...] Ne cherchez pas cet article sur les bases de données indexées (Pubmed...), elle n'y est pas référencée et pour cause [...] Ajoutons que ce type de publication a de lourdes conséquences sur la crédibilité des auteurs. »

Réaction écrite d'une association kinésithérapique belge¹²⁴³

¹²⁴¹ Ces revues, utilisant la tension croissante sur les publications et l'évaluation des chercheurs par le nombre de « papiers », proposent des publications faciles, quasiment sans relectures par les pairs et moyennant participation financière. Elles empruntent des noms approchants souvent finement les codes du légitime dans les publications biomédicales (ici « Journal of Clinical Research and Medicine »). Le fait que les auteurs se soient laissés piéger par cette revue souligne leur manque d'acculturation aux procédés académiques.

¹²⁴² Une revue de kinésithérapie francophone.

¹²⁴³ Réaction visible sur un site professionnel belge.

La frange de kinésithérapeutes universitaires progressistes refuse alors de prendre en compte ces résultats contradictoires¹²⁴⁴, tout comme les PU-PH de pédiatrie experts de la HAS :

« Le [chef de projet HAS] a présenté « bronkilib 2 » à la deuxième séance [du groupe de travail élaborant la recommandation]. Quelles ont été les réactions des « patrons » [PU-PH hospitaliers] qui étaient là ? [Une PU-PH de pédiatrie] elle me dit [de façon sarcastique] : « finalement, si je comprends bien, cette étude arrive à point nommé pour valider un effet observable de la kinésithérapie avec technique de flux » [...] [elle] a dit si « c'est comme ça je quitte la salle ». Elle a été rattrapée par [...] la représentante de la HAS pour gérer le groupe et elle a dit à madame [la PU-PH de pédiatrie], madame, vous êtes engagée à être expert, vous ne pouvez pas vous désolidariser du groupe maintenant, vous avez accepté de tout entendre et de jouer votre rôle d'expert, maintenant quitter la salle ce n'est pas possible. Et [la PU-PH de pédiatrie] est partie un petit peu après. Voilà quelle était l'attitude. »

Entretien avec Hervé, kinésithérapeute expert à la HAS, contre la recommandation finale, cadre de santé en pneumopédiatrie en hôpital parisien retraité, 02/03/2022.

Un antagonisme fort s'est créé parmi les experts HAS entre des cadres kinésithérapeutes historiques et des médecins PU-PH de pédiatrie bien décidés à imposer leur ligne : les propositions des premiers sont alors immédiatement jugées partisans par les seconds.

Si les données quantitatives ont été acceptées comme juges de paix pour arbitrer cette controverse ancienne, elles n'apportent pas les preuves intangibles qu'elles promettent¹²⁴⁵ et les résultats peuvent

¹²⁴⁴ Les résultats de bronkilib 2 ont été publiés une troisième fois dans une revue (à indice d'impact faible) à comité de lecture anglophone en 2021.

¹²⁴⁵ Au sein des articles proposés aux experts pour appuyer leurs décisions, un certain nombre proposent la kinésithérapie respiratoire de désencombrement comme inutiles. Parmi ceux-ci, l'article de Vincent Gajdos (PU-PH de pédiatrie français), qui inclut un grand nombre d'enfants (496), ou de Marta Roqué i Figuls, qui est une revue de littérature, sont ceux qui sont retenus par les experts en défaveur de la kinésithérapie respiratoire :

-Rochat (I.) *et al.*, « Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial », *European Journal of Pediatrics*, 171 (3), 2012 ;

-Human (A.), Mostert-Wentzel (K.), « Routine chest physiotherapy is not more effective than usual supportive care in non-ventilated paediatric patients (0 to 24 months) with bronchiolitis : a systematic review », *Journal of Community and Health Sciences*, 2013 ;

-Remondini (R.) *et al.*, « Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period », *Einstein (São Paulo)*, 12 (4), 2014 ;

-Gajdos (V.) *et al.*, « Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis », *art. cit.* ;

-Roqué i Figuls (M.), Giné-Garriga (M.), Granados Rugeles (C.), Perrotta (C.), « Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old », *art. cit.*

A l'inverse, un certain nombre d'articles plaident en faveur de ces techniques, mais ils se caractérisent par des groupes de petites tailles, des effets mesurés souvent de court terme (amélioration respiratoire plutôt que « guérison » ou « temps d'hospitalisation réduits ») et sont souvent publiés en français dans des revues peu indexées :

-Didier EVENOU, Sydney SEBBAN, Christian FAUSSER et Delphine GIRARD, « Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville », *Kinésithérapie, la Revue*, 17-187, 2017, p. 3-8 ;

-M. Sánchez BAYLE, R. Martín MARTIN, J. Cano FERNANDEZ, G. Martínez SANCHEZ, J. Gómez MARTIN, G. Yep CHULLEN et M. C. García GARCIA, « Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego », *Anales de Pediatría*, 77-1, 2012, p. 5-11 ;

-S SEBBAN, D EVENOU, C JUNG, C FAUSSER, S JC JEULIN, S DURAND, M BIBAL, V GENINASCA, M SAUX et M LECLERC, « Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care

être contradictoires. Le collège de la masso-kinésithérapie (l'institution scientifique professionnelle reconnue par les autorités publiques, dont la HAS) a alors beau jeu de souligner que « *la plupart des études présentées en kinésithérapie respiratoire sont hospitalières et ne sont pas transposables en ambulatoire, ce qui serait une grossière faute méthodologique. En effet, extrapoler les résultats d'une population hospitalisée, donc plus grave représentant environ 3% des patients atteints de bronchiolite auprès des 97% restants en ambulatoire est une erreur fondamentale en termes de santé publique* »¹²⁴⁶. Sans remettre en cause le cadre, de nombreux kinésithérapeutes impliqués dans la recherche constatent alors amèrement que si les données peuvent appuyer leurs prétentions, c'est en réalité la lecture de celles-ci qui compte : « *nous avons encore entendu parler de « fractures de côtes » à la radio, rapportant toujours les mêmes études (Chalumeau 2002, Chanelière 2006) : la première rétrospective et cherchant à établir un lien de causalité, donc très discutable sur le plan méthodologique ; la seconde au sujet de 2 cas, plutôt une présentation de cas clinique. Par-contre, l'étude Fraconou (Chapuis 2009) qui n'a relevé aucune fracture de côte sur 4103 séances réalisées n'est jamais citée. On reproche aux kinésithérapeutes de ne pas faire d'études ou d'évaluations de leurs pratiques, mais lorsque celles-ci sont faites, elles ne sont pas intégrées au débat* »¹²⁴⁷. Cette lecture se fait alors selon la position et l'avis des experts choisis : « *Parmi ces 17 experts, nous notons la présence de 7 médecins hospitaliers, 7 médecins libéraux et 3 kinésithérapeutes*¹²⁴⁸. *Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que les médecins hospitaliers ont peut-être une vue biaisée de la prise en charge ambulatoire de ces nourrissons* »¹²⁴⁹. C'est ce rapport de force entre profession, qui explique, pour ces kinésithérapeutes, le traitement réservé à la kinésithérapie respiratoire : « *En général, la formulation de la HAS en l'absence de preuve ou dans le cadre de l'absence de consensus, est prudente et se traduit par « option*

for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. *Bronkilib 2* », *Journal of Clinical Research and Medicine*, 2-4, 2019 ;

-F. VAN GINDERDEUREN, Y. VANDENPLAS, M. DENEYER, S. VANLAETHEM, R. BUYL et E. KERCKHOFS, « Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis », *Pediatric Pulmonology*, 52-2, 2017, p. 225-231 ;

-François-Régis SARHAN, « Effets mesurés à 24h de la prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite du nourrisson en pratique de ville », *Kinésithérapie, la Revue*, 13-134, 2013, p. 48-49 ;

-F. BERNARD-NARBONNE, P. DAUD, H. CASTAING et A. ROUSSET, « Efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez des enfants intubés ventilés atteints de bronchiolite aiguë », *Archives de Pédiatrie*, 10-12, 2003, p. 1043-1047 ;

-Joëlle ANDRE-VERT, Marylis GAZAVE, Patrick GOUDENEGE et José MORENO, « Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne », *Kinésithérapie, la Revue*, 6-50, 2006, p. 25-34 ;

-G. POSTIAUX, J. LOUIS, H. C. LABASSE, J. GERROLDT, A.-C. KOTIK, A. LEMUHOT et C. PATTE, « Evaluation of an Alternative Chest Physiotherapy Method in Infants With Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis », *Respiratory Care*, 56-7, 2011, p. 989-994.

¹²⁴⁶ COLLEGE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE, *Avis du Collège de la Masso-Kinsithérapie du 19 Novembre 2019 relatif à la prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.*, Paris, 2019.

¹²⁴⁷ *Ibid.*

¹²⁴⁸ En réalité il y avait bien 4 kinésithérapeutes pour 14 experts (et 4 chargés de projets HAS dont 3 médecins)

¹²⁴⁹ COLLEGE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE, *Avis du Collège de la Masso-Kinsithérapie du 19 Novembre 2019 relatif à la prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.*, op. cit.

thérapeutique » ou « *possible recours* », formules non retrouvées dans ces nouvelles recommandations »¹²⁵⁰. S'ils pointent l'Evidenced Based Uncertainties¹²⁵¹ de ces recommandations, il est notable qu'ils se placent en position dominée en reconnaissant implicitement la prévalence de la HAS : le Collège National de la Kinésithérapie ne propose pas de recommandation alternative argumentée. Ce sont alors les composantes plus officiellement politiques de la corporation (ici le syndicat FFMKR) qui prennent le relais en déposant une requête en annulation de la recommandation HAS auprès du conseil d'Etat le 14 janvier 2020, sans résultat.

Ces vagues de réactions successives cristallisent le débat, non plus sur la méthodologie et la validité de l'administration de la preuve mais sur la traduction à faire de ces données.

D'abord basé sur l'explication et la conviction en la pertinence du mécanisme physiologique, le recours à l'expérimentation chiffrée s'impose progressivement. D'abord basée sur l'amélioration de l'état de groupes d'individus pensés homogènes (des bébés avec bronchiolite), cette approche est disqualifiée au profit de l'Epreuve Randomisée Contrôlée. Mais plus la méthodologie s'affine, plus elle simplifie le phénomène : le drainage est réputé être séparé du mouchage, de l'aspiration, de l'interaction avec les parents. Le lieu de prise en charge, la gravité, l'expérience du professionnel sont autant de variables mobilisables pour disqualifier ou valider les résultats en fonction de convictions personnelles. Face à cette aporie, les kinésithérapeutes sont pourtant entraînés, jouant le jeu de la production permanente et incrémentale d'études, de participation aux comités d'experts pour « peser » et de réponses d'instance scientifique à instance scientifique : « *[la modification d'avis d'experts] rend une vision troublée du rôle impartial et de la rigueur attendus d'une institution telle que la HAS* »¹²⁵². Leur faiblesse institutionnelle visible par leur scientificité récente et l'exercice sous prescription, ne semble alors leur laisser que peu de poids dans ce rôle politique d'analyse des données.

Or c'est bien cette analyse qui a un impact performatif sur la pratique. Si les recommandations peuvent se positionner comme de simples aides à la prise de décision, dans les faits elles orientent avec force les pratiques. Cela se donne à voir dans les formations continues, où la lecture et le respect des recommandations est ainsi directement inculquée aux praticiens¹²⁵³. Mais cela semble, de plus, avoir un

¹²⁵⁰ *Ibid.*

¹²⁵¹ Stefan TIMMERMANS et Alison ANGELL, « Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor », *Journal of Health and Social Behavior*, 42-4, 2001, p. 342-359.

¹²⁵² COLLEGE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE, *Avis du Collège de la Masso-Kinsithérapie du 19 Novembre 2019 relatif à la prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.*, *op. cit.*

¹²⁵³ J'ai ainsi effectué, les 10 et 11 Mai 2021, une formation continue légitime et légalement obligatoire quant à la « prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite chez le nourrisson ». Cette formation faisait partie du catalogue de formations « DPC » -développement professionnel continu-, c'est-à-dire prises en charge et dont un certain nombre d'heures doit être réalisé obligatoirement tous les ans parmi un choix varié de thématiques. Préparé par un kinésithérapeute (présenté comme ayant un Diplôme Inter Universitaire en kinésithérapie respiratoire), trois grandes parties structuraient la formation : la lecture d'articles (uniquement des ECR et des revues de littérature, à noter que l'article controversé de bronkilib 2 était présent), la présentation des techniques à mettre en œuvre

impact réel sur les actes réalisés. Dans ma ville d'exercice, j'ai ainsi enquêté sur l'évolution des prises en charge de bébés dans le cadre de bronchiolites. Pour ce faire j'ai décompté le nombre d'actes réalisés dans les deux cabinets « pédiatriques »¹²⁵⁴. D'autres cabinets peuvent réaliser ce type d'actes mais le ciblage de cabinets spécialisés semble pouvoir éclairer de façon plus robuste l'évolution, d'autant qu'en réponse à la parution de la recommandation HAS une réunion a été effectuée entre des kinésithérapeutes pédiatriques et des médecins pédiatres de la ville pour l'analyser et, in-fine, proposer un maintien des prises en charge au vu du doute sur son bien-fondé¹²⁵⁵. Pour ce faire j'ai procédé à l'extraction du nombre d'actes réalisés en kinésithérapie respiratoire¹²⁵⁶ sur des enfants de moins de deux ans dans les deux cabinets (8 praticiens au total) entre le 15 novembre 2019 et le 12 mars 2020 (période couvrant la majeure partie de l'« épidémie » de bronchiolites saisonnières et dont les bornes sont imposées par la sortie de la recommandation HAS, le 14 novembre, et le confinement dû à la covid-19, le 12 mars). Ce nombre a été comparé à celui des actes réalisés sur la même borne temporelle l'année précédente (15 novembre 2018 au 12 mars 2019). Il n'a pas été procédé à une analyse rétrospective plus poussée car le nombre de praticiens de ces cabinets était inférieur les années précédentes (7 l'année 2017-2018).

	Cabinet 1		Cabinet 2		Total des deux cabinets	
	Actes kinésithérapie respiratoire (enfants < 2ans)	Actes totaux du cabinet	Actes kinésithérapie respiratoire (enfants < 2ans)	Actes totaux du cabinet	Actes kinésithérapie respiratoire (enfants < 2ans)	Actes totaux
2018-2019	595	5235	280	3380	875 (10,2% des actes totaux)	8615
2019-2020	255	4010	116	2905	371 (5,4% des actes totaux)	6915
Pourcentage d'évolution	-57%	-23%	-59%	-14%	-58%	-20% ¹²⁵⁷

Tableau 26 : décompte des actes de kinésithérapie respiratoire effectués dans deux cabinets de rééducation pédiatrique.

(dont le drainage bronchique en question) et la lecture et l'analyse de la recommandation de la HAS (sa médiatisation par la presse étant qualifiée de « kiné bashing »).

¹²⁵⁴ Déjà évoqué au chapitre 1 et 2, la kinésithérapie pédiatrique peut être pratiquée de manière plutôt spécialisée, bien que cela ne soit pas obligatoire. Dans ma ville d'exercice, grande ville du sud de la France, deux cabinets sont ainsi connus pour cette pratique (présence dans les réseaux de périnatalité, réunions régulières avec les pédiatres, organisation de la formation aux Mouvements Généraux...).

¹²⁵⁵ Cette réunion avait pour support la formation aux mouvements généraux mentionnée au chapitre 1. Ce sont les pédiatres qui ont alors exprimé le besoin d'avoir l'avis des kinésithérapeutes sur la recommandation, sa reprise journalistique et son bienfondé. Leur position montre alors un inconfort entre le respect de la hiérarchie symbolique, incarnée par les PU-PH de pédiatrie qui ont appuyé la non recommandation de la kinésithérapie respiratoire, et le crédit accordé à des kinésithérapeutes avec qui ils collaborent régulièrement.

¹²⁵⁶ Il n'existe pas d'actes spécifiques « bronchiolites », d'autant que ce diagnostic est assez large et souvent apposé à toute pathologie respiratoire aiguë et de courte durée chez le nourrisson. De manière indigène, il est possible de proposer qu'une très large majorité des actes côtés « AMK8 », c'est-à-dire kinésithérapie respiratoire, chez les enfants de moins de deux ans relèvent de la prise en charge de la bronchiolite.

¹²⁵⁷ Une baisse touche globalement les actes effectués dans ces cabinets, bien que largement inférieure aux actes de prises en charge de bronchiolites. Ces kinésithérapeutes sont majoritairement des femmes qui ont eu des modifications dans les agendas familiaux (entrée de certains enfants à l'école...) ayant amené à des baisses de temps de travail.

Malgré l'interconnaissance entre ces kinésithérapeutes spécialisés, reconnus légitimes par de nombreux prescripteurs, et des rencontres visant à réassurer sur l'intérêt des pratiques, la baisse est tangible à la suite de la recommandation HAS de non prise en charge kinésithérapique dans le premier épisode de bronchiolite. L'outil de la recommandation est donc un outil puissant d'action publique, à même d'orienter fortement les pratiques de soin des acteurs dominés.

La controverse sur le drainage bronchique du nourrisson montre qu'il existe un décalage temporel entre l'irruption des procédés d'ECR comme supports de preuves légitimes et leur utilisation par les kinésithérapeutes comme moyens de défense de leur activité. Dans l'intervalle, ce sont des médecins qui ont posé les termes du débat¹²⁵⁸. De plus, en s'en emparant, les kinésithérapeutes ont soit corroboré ces préoccupations médicales en reprenant à la lettre les études médicales ou les critères validés par cette corporation¹²⁵⁹, soit tenté de s'en émanciper en s'appuyant sur des critères de « confort respiratoire » quantifiable (par des échelles) mais en faisant montre d'une plus faible maîtrise des codes de légitimité scientifique en cours.

Le procédé scientifique suit la logique de domination du champ médical : les kinésithérapeutes ont une autonomie dans un domaine du soin mais ils doivent fournir des preuves accréditant leurs pratiques en suivant les canons médicaux. En ce sens, les études des kinésithérapeutes interviennent sous une forme défensive, quand la pression à l'affichage d'une performance soignante se fait sentir. La position dominée est alors encore plus évidente devant la faible maîtrise des lectures qui sont faites de ces résultats.

Dans le cas des médecins, le contrôle nosologique permet dans un premier temps de maîtriser la définition de l'objet de recherche : l'exemple de la variation de la définition américaine de l'hypertension artérielle est à ce titre illustrative. L'American College of Cardiology abaisse ainsi en 2017 le seuil de mesure diagnostic d'hypertension de 140mm HG/90mm HG à 130mm HG/80mm HG. Cette capacité à codifier la maladie influe grandement sur les recherches biomédicales où cette définition comme pathologie est le premier critère d'appariement des groupes.

Dans un second temps, si la montée de l'EBP oblige aussi la recherche médicale (la convention sur les seuils de significativité des inférences statistiques, 5% ou 1%, s'impose malgré l'arbitraire évident de

¹²⁵⁸ La revue de littérature de cinq pédiatres d'un CHU de province est à ce titre révélatrice : la kinésithérapie respiratoire leur semble inutile car « *ne modifiant par l'histoire naturelle de la maladie ou la durée d'hospitalisation* » B. STERLING, E. BOSDURE, N. STREMLER-LE BEL, B. CHABROL et J.-C. DUBUS, « Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire », art. cit.

¹²⁵⁹ L'étude Roqué i Figuls est à ce titre particulièrement éloquent. Instaurée première auteure, cette chercheuse est d'abord une statisticienne épidémiologiste (les trois autres auteurs sont pédiatres ou kinésithérapeutes universitaires spécialisées dans l'épidémiologie). Son étude repose sur une revue de littérature et les critères étudiés sont l'évolution de la bronchiolite (il s'agit d'un virus VRS, l'évolution naturelle est son élimination si le bébé supporte la détresse respiratoire possible) ainsi que la durée d'hospitalisation et de traitement médicamenteux, soit la vision biomédicale stricte. M. ROQUE I FIGULS, M. GINE-GARRIGA, C. GRANADOS RUGELES et C. PERROTTA, « Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old », art. cit.

ces chiffres ronds), il n'en reste pas moins vrai que les choix des variables à prendre en compte dépendent d'abord de la construction du problème. Or celle-ci est d'abord liée au pouvoir médical : critères d'hospitalisation, de gravité, choix de la variable biologique à prendre en compte.

Enfin, une fois le résultat produit, sa traduction implique encore la corporation médicale : tous les résultats ne sont pas unanimement considérés comme fiables. C'est bel et bien un groupe d'experts à majorité médicale qui décide si ces résultats sont crédibles au vu de leur expérience (il faut alors édicter une norme contraignante) ou si ce n'est pas le cas (les actes évalués sont laissés à la libre appréciation des praticiens).

Si, par ces procédés, les médecins gardent la haute main sur la production des données et le choix de leur utilisation dans les cas singuliers¹²⁶⁰, cela semble moins le cas pour les kinésithérapeutes. Les ECR peuvent servir aux corporations dominantes pour répondre aux questionnements internes et pour progressivement cibler les thérapeutiques les plus efficaces. Inversement, elles peuvent s'imposer aux corporations dominées et servir la rationalisation et l'éviction d'espace du soin où elles sont jugées illégitimes. En cancérologie, par exemple, les révolutions successives ont redéfini les paysages médicaux et les techniques utilisées (avec des recompositions des dominations) mais, pour Patrick Castel, les médecins à l'origine de ces évolutions sont restés maîtres de l'organisation de ces soins¹²⁶¹. A l'inverse, quant à la bronchiolite, la disqualification du drainage bronchique entraîne le retrait des kinésithérapeutes de ces prises en charge. La frange de kinésithérapeutes progressistes ne plaide pourtant pas pour ce retrait. Ils insistent sur le rôle toujours essentiel du kinésithérapeute, qui en lieu et place du drainage bronchique pourrait procéder à « un mouchage du nez », une « éducation thérapeutique des parents », et un « suivi rapproché ». L'un des auteurs dénonçant le manque d'assise scientifique du drainage bronchique dans la bronchiolite a ainsi écrit un article en ce sens à destination du public¹²⁶². Si une dynamique interne existe, par la subversion de jeunes kinésithérapeutes universitaires pour faire avancer leurs vues, elle permet moins une mutation des pratiques qu'un retrait de la kinésithérapie d'un secteur dominé par les pédiatres (et au sein de ce groupe, les hospitalo-universitaires). Pour les médecins, les essais cliniques permettent d'améliorer leur action, postulée comme légitime en tous cas. Ces professionnels améliorent leur position en sélectionnant ce qui est défini comme le meilleur soin pour leurs patients. A l'inverse, pour les kinésithérapeutes, les essais cliniques visent simplement à tester l'utilité de leurs actes, et par extension de leur présence. Ils n'ont pas la légitimité des médecins leur permettant de s'auto-organiser pour garantir le meilleur parmi les possibles. Ils doivent être dirigés de l'extérieur pour proposer leur intervention encadrée ou les exclure : ici les médecins font office de « tiers

¹²⁶⁰ Monique KERLEAU, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, 16-4, 1998, p. 5-34.

¹²⁶¹ H. BERGERON, P. CASTEL et B. HAURAY, « Evidence-based medicine », art. cit ; Patrick CASTEL et Magali ROBELET, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-3, 2009, p. 98 ; Patrick CASTEL et Ivonne MERLE, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 2002, p. 337-355.

¹²⁶² Sur un site internet, slate.fr.

menaçants »¹²⁶³ pour disqualifier le travail des kinésithérapeutes. En ce sens, si la proposition de François Vatin de considérer la mesure comme une arme possiblement mobilisable par les dominés comme les dominants¹²⁶⁴ est recevable, il n'en reste pas que, dans ce cas, il y a plutôt confirmation de la hiérarchie pré-existante. Ici l'aspect réducteur de réalité de la quantification appliquée aux dominés devient alors d'autant plus efficace qu'elle légitime le contrôle médical (prescription) et administratif (remboursement interdit sans prescription) sur des actes dont l'« infini chatoisement du réel »¹²⁶⁵ est alors nié.

Il est toutefois à noter que la kinésithérapie pour l'enfant atteint de bronchiolite n'est pas un domaine du travail anodin des kinésithérapeutes. Il s'agit d'un territoire professionnel plutôt frontière si l'on suit la logique proposée au chapitre 1 de kinésithérapeutes spécialistes non monopolistiques de la motricité altérée. A ce titre, la bronchiolite peut être considérée comme un problème d'abord médical (l'infection virale) plus que moteur (la difficulté des muscles respiratoires à évacuer le mucus). Dans le même temps, alors que ce problème est d'abord « médical » l'autonomie affirmée des kinésithérapeutes (chapitre 2) invisibilise pour partie leur travail pour les médecins :

« [Dans les années 1970, je vais voir mon chef de service de réanimation pédiatrique en CHU parisien pour lui dire :] « il y a une technique qui s'appelle augmentation du flux », il connaissait, « ben je souhaiterais pouvoir l'explorer et l'exploiter chez vous ». Ben il m'a dit « c'est très simple, moi je suis de garde ce soir, tu vas me montrer et puis je vais te dire ce que j'en pense et comment on peut avancer par rapport à cette pratique ». C'était une pratique sur une approche empirique, avec une logique d'utiliser les flux pour jouer sur l'encombrement à partir de ses systèmes. Et donc il m'a permis de mettre en place cette technique [...] [Maintenant,] il n'y a plus de kinésithérapeutes à l'hôpital [...] on a eu une perte incroyable du personnel kinésithérapeute. Maintenant les étudiants [kinésithérapeutes], ils ont même plus envie d'aller à l'hôpital, ils sont pas bien reçus, c'est compliqué l'hôpital pour eux. Ils ont plus de rapports avec les médecins, c'est dingue, les médecins n'apprennent plus la kinésithérapie. Les médecins dans leurs études n'apprennent pas la kinésithérapie, ils ont des petits « encarts » : kinésithérapie [dans tel cas], pas kinésithérapie [dans tel autre]. Mais les médecins [avant] apprenaient la kinésithérapie avec les kinésithérapeutes hospitaliers qui leur disaient ce qu'ils pouvaient attendre de la kinésithérapie, mais il y a plus ça... »

Entretien avec Hervé, kinésithérapeute cadre supérieur hospitalier parisien retraité (carrière en pneumopédiatrie), 02/03/2022.

En dehors de la montée du paradigme « EBP », une autre variation entre la recommandation de 2000 et celle de 2019 tient à l'avis médical sur la kinésithérapie : en 2000 les « experts » affirment avoir constaté des améliorations cliniques et maintiennent le drainage bronchique dans les recommandations. En 2019,

¹²⁶³ H. BERGERON et P. CASTEL, « Normalité, normalisation et normation », art. cit.

¹²⁶⁴ Dans une tribune faisant suite aux mobilisations contre la mesure quantitative de la productivité des enseignants-chercheurs, François Vatin se pose comme partisan de la mesure malgré la réduction et l'imperfection du procédé. Il prend alors l'exemple de la pointeuse des ouvriers pour montrer que les ouvriers peuvent aussi l'utiliser comme ressource pour contrôler leur temps de travail au détriment du patron. Cette analyse, proche de celle du partage du pouvoir chez Michel Crozier, minore le fait que le dominant a plus d'armes en main pour déterminer le temps de travail légitime, même si la mesure de celui-ci peut être une ressource partagée. François VATIN, Alain CAILLE et Olivier FAVEREAU, « Réflexions croisées sur la mesure et l'incertitude », *Revue française de gestion*, 36-203, 2010, p. 163-181.

¹²⁶⁵ *Ibid.*

ce constat des médecins sur l'efficacité du drainage bronchique n'est pas évoqué (sauf dans le cas de la médecin généraliste de ville), sans doute parce que la tutelle est amoindrie, les « experts » médecins (hospitalo-universitaires) s'appuient alors sur ce qu'ils « voient »¹²⁶⁶, c'est-à-dire avant tout de la littérature scientifique¹²⁶⁷. Tout se passe comme s'il y avait réaffirmation de l'autorité médicale sur un domaine légitime pour les médecins, sans aller, pour le moment, jusqu'à des réaffirmations similaires sur des territoires contrôlés plus fermement par les kinésithérapeutes (les rééducations neurologiques, traumatiques ou rhumatismales notamment).

La recherche quantitative sert ainsi de support à la redéfinition de politiques publiques en recommandant ou reléguant aux oubliettes les actes passés. Si les nombres eux-mêmes sont dépolitisés, leurs modes de production et de lectures ne le sont pas. Or pour avoir cette propriété de juge, le constat chiffré doit d'abord simplifier l'objet¹²⁶⁸. Et la demande incessante d'affinage et de robustesse ne fait qu'amplifier le phénomène. Les sujets doivent être plus nombreux, plus homogènes, plus réductibles à la propriété normale ou pathologique que le chercheur souhaite tester. Les interactions doivent elles-aussi être le plus standardisées et déshumanisées possibles. Les sujets de la recherche ne font ainsi que s'éloigner de la population générale et de sa variabilité. Devenus distinctes de la population générale pour être analysables, ces cohortes de patients sont alors soumises à l'action militante du chercheur. En contradiction pratique à la théorie poppérienne de falsification, le chercheur va d'abord chercher à constituer le groupe le plus à même de produire le constat souhaité :

« Tu as de tout dans la bronchiolite. C'est ça aussi. Est-ce que tu cibles beaucoup la population [que tu inclues dans l'étude] et tu risques de mettre beaucoup de temps, ou est-ce que tu es plus large et plus représentatif de la vraie vie [ou incluant des patients plus largement]. Mais après, pareil, plus tu es large plus il va y avoir de variations au niveau de tes résultats »

Entretien avec Sylvain, kinésithérapeute hospitalier en fin de thèse (science du mouvement), bac S sans mention, père chef d'entreprise, mère employée, 14/04/2021.

Cette variabilité infinie des possibilités de constructions des modalités de la recherche quantitative permet des variations infinies des résultats et des impossibilités de reproductions exactes. Il y a alors, d'une part, l'obligation de simplifier (et rendre possible) l'étude d'un traitement en expérimentant sur une « portion » (accessible, ce qui constitue là encore un enjeu), c'est à dire un groupe de patients idéaux.

¹²⁶⁶ « voir » est ici mobilisé en relation avec le célèbre ouvrage de James Scott, « seeing like a state », où il analyse la montée des quantifications comme des instruments nécessaires à l'Etat de contrôler son territoire. Un parallèle avec l'utilisation d'études quantitatives par des médecins, exclus de fait d'une partie de leur « territoire » thérapeutique, semble possible. J. C. SCOTT, *Seeing like a state*, op. cit.

¹²⁶⁷ Il ne s'agit pas de penser que, dans les années 2000, les « mandarins » hospitaliers, nombreux parmi ces « experts » allaient dans les cabinets de kinésithérapie libérale constater le travail des kinésithérapeutes. Mais la tutelle plus rapprochée sur les IFMK amenait des interactions plus importantes et des connaissances quant au travail appris aux futurs kinésithérapeutes. Dans les CHU eux-mêmes, les moniteurs cadres kinésithérapeutes pouvaient aussi être des avocats plus persuasifs quant au rôle du groupe professionnel que les cadres de santé managers généralistes actuels.

¹²⁶⁸ Alain DESROSIERES, *L'argument statistique*, Paris, Presses de l'école des mines, 2008 ; T. M. PORTER, *Trust in Numbers : The pursuit of objectivity in Science and Public Life*, op. cit.

Puis les résultats sur cette « portion » sont réputés expliquer le comportement non seulement du « tout » (l'ensemble de la population suivant le même découpage médical) mais aussi de « chacun », niant parallèlement les singularités. Or cette construction intellectuelle est malléable à l'infini (toutes les portions qui seront réexpérimentées seront différentes) engendrant des discussions infinies sur l'analyse et la prise en compte des résultats. C'est alors la force de conviction du chercheur, de son institution de recherche, de la légitimité de sa position et discipline qui permettent aux résultats d'être convaincants ou non.

Si les médecins arrivent à s'appuyer en dernier recours sur la singularité du patient pour protéger leur pratique, les kinésithérapeutes n'ont pas le même pouvoir de narration normatif sur les patients les plus liés au contrôle médical. En l'absence de légitimité à assumer l'adaptation singulière au patient, les données de la recherche clinique ouvrent la boîte noire des pratiques au contrôle administratif. L'exemple de la non recommandation de la kinésithérapie respiratoire pour certains nouveau-nés montre ainsi la rigidification du contrôle bureaucratique sur les pratiques. Il y a une décision descendante de faire cesser ces pratiques qui ne correspondent plus au « bon soin ». Cette administration du soin est de nature mixte : les experts de la HAS sont issus des rangs de la santé, majoritairement médecins. Pourtant ils n'hésitent pas à avoir une action normative sur les pratiques de leurs collègues. La singularité est acceptée, mais doit être encadrée, d'autant plus si les acteurs en question sont dominés dans le champ. Cette normativité reste indirecte, ces données ne s'imposent pas toujours formellement, mais sont autant de circulaires informelles. Cette caractéristique augmente la hiérarchisation des effets. Les acteurs de prestige (les « mandarins » chefs de services hospitaliers) peuvent opposer leur légitimité à la légitimité chiffrée (hiérarchie des actes en fonction d'un niveau de preuve) tandis que ce sera moins le cas des travailleurs dominés. Le déni d'une position professionnelle ne conduit alors pas seulement à réaffirmer les relations de domination au sein du champ médical mais ouvre la boîte noire des pratiques kinésithérapiques à des extérieurs. Si ces actes thérapeutiques sont réductibles à des évaluations techniques, ce n'est plus aux médecins de décider seuls et individuellement de la pertinence de la kinésithérapie respiratoire. Les administrations peuvent s'intéresser à ces résultats, exprimés dans leur langage numérique peu polysémique. Une fois passés par le tamis des structures administratives mixtes (HAS et ses experts originaires du champ médical) ces résultats sont susceptibles d'être ensuite pris en compte par des administratifs non soignants (choix des actes remboursés par la CNAM¹²⁶⁹).

¹²⁶⁹ La proximité de la controverse n'a pas entraîné, à ce jour, de déremboursement de la kinésithérapie respiratoire du nourrisson, d'autant qu'elle reste conseillée pour un suivi des parents ou l'apprentissage du mouchage. Il est toutefois intéressant de noter qu'une majoration de la tarification de la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive de l'adulte est intervenue en 2018 suite à une recommandation HAS 2014. Alors que cet acte de kinésithérapie était rémunéré au même titre que la kinésithérapie respiratoire du nourrisson, il a été distingué et doté d'un acte propre, mieux rémunéré, avec une invitation à un contenu proche de la « réadaptation respiratoire » validée par la HAS. Si l'acte non scientifiquement étayé n'est pas éliminé de la nomenclature, il pourrait être sujet à une mise en jachère, à l'inverse des actes ayant montré une efficacité mesurable selon les canons actuels.

Ce cas de la kinésithérapie respiratoire du nourrisson appuie la proposition de Théodore Porter, qui juge que cette quantification est un moyen pour les pouvoirs affaiblis de retrouver une légitimité au prix d'un basculement d'une objectivité disciplinaire à une objectivité mécanique¹²⁷⁰. Dans son chapitre « Experts against Objectivity » il montre ainsi comme certaines professions s'appuient sur les chiffres tout en veillant à garder pour eux la lecture et la décision. A l'inverse les corporations les plus faibles sont soumises à des pressions d'administrations ou corporations plus puissantes. L'objectivité mécanique est un moyen de s'en protéger, au prix d'un processus de standardisation de l'action en fonction de ces résultats quantifiés. La science biomédicale est perçue par les kinésithérapeutes comme un moyen moderne d'accréditer leur rôle social mais leur alignement sur ce modèle quantitativiste se révèle insuffisant pour discuter d'une nouvelle place dans la hiérarchie du champ médical.

La recherche quantitative est en ce sens un outil d'abord politique, laissant libre court aux rapports de force et diminuant la part de prudence professionnelle dans le travail. Elle modifie aussi le caractère de l'innovation : si, en suivant Georges Canguilhem¹²⁷¹, l'erreur est la condition du progrès, l'usage intensif des statistiques diminue la place de l'innovation. Dans notre cas de la prise en charge de la bronchiolite, la disqualification du cœur du travail du kinésithérapeute, le drainage, fait disparaître l'intégralité du travail et ses possibilités d'amélioration. Cet exemple est donc illustratif de l'état de professionnalisation statutaire des kinésithérapeutes : ils ne peuvent s'opposer frontalement à la normativité d'autres groupes professionnels et administratifs sur certaines pratiques (pas de légitimité pour édicter des recommandations de bonnes pratiques alternatives, ou pour contraindre les médecins à maintenir les prescriptions). Mais, en creux, de réels marqueurs professionnels sont visibles : d'une part certaines prescriptions sont maintenues, montrant un pouvoir de résistance, modéré mais réel. D'autre part, les kinésithérapeutes se retrouvent rappelés à leur fonction d'auxiliaires sur un territoire professionnel particulier : des soins infectieux, avec des notions d'urgence et des troubles moteurs plutôt secondaires. La logique de réaffirmation de la hiérarchie médicale sur ces soins, sommes toutes limités (bien que symboliques pour les kinésithérapeutes) et très « médicaux », peut aussi être un marqueur de la difficulté de cette même hiérarchie médicale à aller s'imposer sur le reste du territoire kinésithérapique, plus indépendant des médecins que le statut administratif ne le laisse présager.

L'utilisation des principes biomédicaux de la preuve, en vogue dans un contexte d'EBP, se révèle un outil d'action publique à double tranchant pour les kinésithérapeutes. Cette utilisation de la science légitime leur permet de se rapprocher du modèle médical auquel ils sont finalement accoutumés dès l'IFMK, mais les place aussi en position de faiblesse vis-à-vis de la profession dominante. En

¹²⁷⁰ Pour lui, dans l'objectivité disciplinaire il y a une croyance en la capacité décisionnelle d'une élite pour prendre des décisions discrétionnaires, tandis que l'objectivité mécanique, mobilisée ici, fait appel à la standardisation et la procédure. T. M. PORTER, *Trust in Numbers : The pursuit of objectivity in Science and Public Life*, op. cit.

¹²⁷¹ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, op. cit. Notamment l'ajout de 1966, « un nouveau concept en pathologie, l'erreur », p 207-217.

s'inscrivant dans ce cadre, ils agréent à des normes construites en dehors d'eux et rendent leur production scientifique comparable aux propositions contradictoires des médecins.

Les kinésithérapeutes ont réussi à obtenir une relative autonomie dans leur travail, souvent à l'écart du regard médical. Cette autonomie alimente les vellétés de recherche en faisant reposer sur le groupe professionnel la charge de la preuve quant aux thérapeutiques administrées. Or le modèle d'administration de cette preuve est fortement contraint par le cadre institutionnel dans lequel il s'inscrit. C'est ainsi que les chercheurs de la kinésithérapie sont formés à proximité des médecins, même s'ils peuvent parfois chercher des ressources au sein des filières STAPS (notamment ses laboratoires à orientations biologiques). De ce fait, ce modèle scientifique est d'abord quantitatif, reposant, sans vraiment l'interroger, sur le grand nombre, le hasard et la croyance dans la matérialité de l'état pathologique. S'inspirant du modèle médical, ces recherches contribuent à ouvrir à la profession dominante ce qui était devenu une boîte noire, c'est-à-dire le contenu des thérapeutiques des kinésithérapeutes. En d'autres termes, si l'accès à l'université et l'institutionnalisation d'une filière de recherche sont des marqueurs de la professionnalisation de la kinésithérapie, la méthode de recherche majoritaire favorise la réaffirmation de la domination médicale.

Conclusion du chapitre 4

L'autonomisation progressive des kinésithérapeutes dans leur travail alimente le processus de construction d'une filière scientifique. La faiblesse démographique de l'encadrement médical (en rapport avec l'extension du domaine du soin) ne lui permet plus de répondre aux questionnements sur les pratiques de ces auxiliaires. Alors que la légitimité de la hiérarchie du champ est basée sur la maîtrise du savoir (clinique au premier chef), l'adoption de pratiques de recherche est vue comme valorisante par les acteurs et les institutions de la corporation. S'il peut exister des luttes internes quant à ses modalités (les IFMK sont des structures en tension de ce point de vue, d'autant que les changements de modalités de recrutement impactent les profils des impétrants et leurs vellétés, comme cela sera décrit au chapitre 6), la pratique de la recherche fait l'objet d'un consensus important pour le groupe professionnel. Associée à un renforcement de l'efficacité et des prétentions des kinésithérapeutes, cette recherche est principalement adoptée selon le paradigme biomédical, emprunté aux médecins. Il s'agit alors de faire science par le nombre, la reproductibilité et la neutralité. Chacune de ces notions est pourtant discutable en pratique. Le nombre signifie simplification du tableau clinique du patient et écrasement des singularités des petits effectifs. La reproductibilité signifie la protocolisation et la rigidité des modalités de réponse à l'interrogation. La neutralité signifie l'aseptisation de la relation pour éviter les artéfacts dus à l'humanité.

Ces caractéristiques participent à une hybridation de l'organisation du travail. Le domaine de la santé, fortement sujet à la logique professionnelle, est alors perméable à la logique bureaucratique. Les soins peuvent être standardisés (par populations homogènes) et rationalisés (par efficacité, sous tendue par l'échelle des valeurs des publications scientifiques) sous l'influence de la logique sous-jacente à l'EBP. L'administration est partie prenante du système mais au même titre que les professionnels eux-mêmes. Les luttes internes au champ médical se retrouvent alors dans la soumission à ces nuances de bureaucratisation engendrées par la recherche biomédicale. Les dominants du champ conservent les propriétés de normativité : ils décident des recherches à mener, de leurs contours, de la lecture à en faire et des suites à donner en termes de liberté de pratique. Ils peuvent, au besoin, mobiliser la singularité des patients et les travaux sociologiques pour soutenir leurs prétentions¹²⁷². Les dominés du champ ont un espace des possibles moindre et l'EBP peut alors servir à une rationalisation de leur travail. La logique de recherche se fait plus par une logique d'imitation que d'innovation et ils sont à ce titre soumis aux savoir-faire des dominants quant à l'utilisation de la recherche.

Pourtant, cela ne doit pas totalement disqualifier l'outil de professionnalisation que constitue l'alignement sur la science médicale. Tout en se soumettant ainsi à l'évaluation de la profession dominante, cette science est un outil de mise à distance des concurrents alternatifs (ostéopathes). De plus, l'autonomie de fait, constatée au chapitre 2, permet un certain contrôle de l'accès au patient. Cela n'a pas empêché les médecins de se prononcer sur le bienfait de la kinésithérapie en cas de bronchiolite mais constitue sans doute une ressource importante pour l'évaluation des pratiques les plus au cœur du travail kinésithérapique. Cette montée de la science au sein de la kinésithérapie est donc un marqueur de sa professionnalisation : réelle mais sous un format dominé.

¹²⁷² André Grimaldi n'hésite pas à aller chercher des alliés du côté des sciences sociales pour justifier un changement de regard sur les maladies chroniques. A. GRIMALDI, Y. CAILLE et F. PIERRU, *Les maladies chroniques*, op. cit.

Conclusion de la partie 2

Les kinésithérapeutes évoluent dans un champ médical très hiérarchisé et ayant des marges d'autonomie vis-à-vis des administrations de tutelles (hospitalières ou CPAM au premier chef et selon les milieux d'exercice). Pourtant cette autonomie ne signifie pas indépendance et les politiques publiques de rationalisation les affectent. A cet égard, les kinésithérapeutes sont à la fois très proches du groupe dominant des médecins, sans bénéficier de leurs prérogatives. L'augmentation de la présence de l'administration étatique (au sens large) dans l'organisation des soins leur laisse alors moins de marge que dans le cas de la profession dominante : ils n'ont pas la même maîtrise dans la définition de la pathologie et du besoin de soin en découlant. Pour les kinésithérapeutes, la montée de l'exigence de rationalisation entraîne une évolution d'une relation de dépendance qualitative au médecin (prescription de leur activité en fonction de besoins singuliers) vers une relation d'organisation verticale, quantitative et bureaucratique.

Cela a été donné à voir à travers le dénombrement de plus en plus précis du nombre de kinésithérapeutes par territoires (là encore de plus en plus raffinés). Cette production de chiffres permet d'inférer une valeur quant à la quantité de kinésithérapeutes (moyens) adéquate pour une quantité de population (moyenne). Dans ce cas, la politique de dénombrement, que Fabrice Bardet qualifie de logique comptable, permet à l'administration¹²⁷³ d'imposer ses vues avec une conciliation minimale auprès du groupe professionnel. Cette logique comptable a donc une capacité à s'imposer, au moins aux acteurs jugés techniciens et à prestations standards, c'est-à-dire les paramédicaux (selon l'image de l'infirmière réalisant l'injonction d'un produit prescrit).

L'autre cas concerne le contenu des prestations elles-mêmes (« *le problème avec les kinésithérapeutes c'est qu'on ne sait pas ce qu'ils cotent* » de la chargée de mission DSS). Ce contenu n'est pas comptabilisable directement par l'administration, il nécessite à ce jour un traitement par la corporation pour étiqueter les actes réalisés et leurs relations avec des groupes délimités de la populations (des groupes de malades homogènes). C'est en ce sens qu'il est possible de comprendre le développement récent de la recherche en kinésithérapie. Alors que toutes les autres velléités d'émancipation ou de professionnalisation des kinésithérapeutes (niveau master, accès direct sans prescription, contrôle sur la spécialité ostéopathique, statut médical, distinction des diplômes européens jugés trop faibles...) ont donné lieu à des freinages importants, l'accès à la science a été encouragé depuis une dizaine d'année (PHRIP à partir de 2011-2012, travaux sur la filière doctorale). Il s'agit ici de créer de l'information sur le contenu du travail pour pouvoir le rationaliser. Les kinésithérapeutes, poussés par leur autonomie de fait, leur proximité à la médecine quant aux modalités de recherche et le partage avec l'administration de l'envie de délimiter les thérapeutiques les plus efficaces s'emparent de ces opportunités. Ils tentent

¹²⁷³ Ici la CNAM avec des consignes plus ou moins pressantes du politique – via l'ONDAM- et de l'administration -via la DSS-.

alors de reproduire les méthodologies ayant fait leurs preuves pour l'évaluation des thérapeutiques pharmaco-chimiques sur des thérapeutiques relationnelles et physiques. Les résultats peuvent alors sembler décevants à des cliniciens quand ils s'opposent à leurs constats cliniques habituels. Pour autant, il y a bien production d'un chiffre support d'une hiérarchisation de l'utilité sociale de leur action. Ici, pour persister dans la proposition de Fabrice Bardet, le chiffre est d'abord statistique : les thérapeutiques ont montré des résultats sur un échantillon, on peut les inférer à une population large ayant les mêmes caractéristiques. Malgré les faiblesses de cette logique (quantification d'une relation, d'actes physiques toujours singuliers, délimitation fluctuante du groupe de patients selon la sémiologie médicale, inférence à des caractéristiques de populations générales selon la logique d'échantillonnage propre au milieu médical...) les acteurs font preuve d'une grande croyance en la véracité de ces résultats. Les politiques publiques peuvent alors s'adapter, favorisant certains actes, reléguant d'autres à l'oubli. A l'inverse du dénombrement comptable, la probabilité statistique ne permet pas une action régulatrice directe et les groupes professionnels sont partie prenante, à la fois pour la production mais aussi dans l'analyse de ces chiffres. La logique interne au champ médical continue alors à agir et les kinésithérapeutes, sur leurs propres actes, peinent à échapper au jugement médical. Pression administrative et domination médicale se conjuguent alors dans ce cas pour décider de leur activité.

Ces changements sont donc à mettre sur le compte d'un glissement général de la société vers plus de rationalisation et de croyance dans un chiffre régulateur. En ce sens, cette analyse interroge le processus de professionnalisation. Si les représentants des kinésithérapeutes ou les chercheurs de la corporation défendent bel et bien le territoire des soins de la motricité, rejoignant les analyses en termes de systèmes écologiques d'Andrew Abbott¹²⁷⁴, l'analyse sous l'angle de la sociologie de l'action publique montre combien leurs velléités sont contraintes à la fois par les acteurs qu'ils entendent représenter et par leurs tutelles (administratives ou médicales).

Du côté des kinésithérapeutes, chaque acteur est d'abord guidé par une logique du « dirty job » et les acteurs intermédiaires de la kinésithérapie n'ont que peu d'instruments pour orienter les inclinaisons prises par l'ensemble du groupe professionnel. Cela a été montré dans les choix quant aux modes ou spécialités d'exercice. Mais c'est aussi indépendamment d'une « stratégie » professionnelle que la logique de la recherche des kinésithérapeutes s'aligne sur la science médicale (le cas de la recherche infirmière permet de dénaturiser ce phénomène).

Du côté des tutelles, le cadre cognitif de rationalisation et l'impératif de quantification de chaque prétention affaiblissent les possibles en matière d'établissement comme profession. Ces cadres de pensée sont en effet antinomiques avec l'approche prudentielle nécessitant une mise à distance des procédures standardisées favorisées par la description numérique du monde.

¹²⁷⁴ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, *op. cit.*

Cela pose alors la question des facteurs explicatifs propres aux changements. Au vu du poids des choix des acteurs de terrain dans la destinée du groupe professionnel, la question des dispositions sociales et des socialisations (notamment scolaires) se pose. Comment les caractéristiques sociales des étudiants de la kinésithérapie participent à ces orientations dans le travail (typiquement le choix d'éviter ou non les thermes), mais aussi dans la recherche ? Plus encore, si le processus de professionnalisation ne se satisfait pas d'une autonomie devant un travail en situation de forte incertitude, d'un militantisme de représentants et d'une institution de recherche, comme semble le montrer la position dominée des acteurs intermédiaires étudiés dans cette partie, comment expliquer les mouvements de professionnalisation et déprofessionnalisation ? L'étude des rapports scientifiques entre médecins et kinésithérapeutes ouvre alors une piste intéressante : il ne s'agirait pas seulement de faire science pour accréditer ses prétentions, mais surtout d'établir une relation de domination sur les groupes professionnels concurrents et d'autonomie vis-à-vis des acteurs de tutelle administrative. En ce sens, il s'agit, par-delà l'outil scientifique mobilisé, de contrôler l'interprétation des savoirs et d'édicter les normes en découlant. Plus que la nature de la science, l'important est dans le sens social qui lui est conféré. Alors, plus que la capacité scientifique à établir le vrai, le fait professionnel reposerait sur l'intégration des instruments légitimes et sur la légitimation de leur utilisation au profit de la profession, qui ne peuvent être pensés indépendamment des dispositions sociales des acteurs. Que ce soit au niveau des acteurs de terrain ou des acteurs intermédiaires, les dispositions sociales seront donc étudiées en partie 3 afin de compléter l'analyse par le contenu du travail de la partie 1 et par le contexte institutionnel de la partie 2.

Partie 3 : Le renouvellement du groupe

professionnel : les dispositions sociales des

impétrants comme clés de la professionnalisation

INTRODUCTION A LA PARTIE 3	463
CHAPITRE 5 : CLOTURE DE LA FORMATION PAR LE CONCOURS SCOLAIRE : LE CHANGEMENT GENRE ET SOCIAL	
AU CŒUR DE LA PROFESSIONNALISATION	465
INTRODUCTION AU CHAPITRE 5.....	465
SECTION 1 LES STRUCTURES DE FORMATION, UN AFFERMISSEMENT DU CONTROLE DES IMPETRANTS DE FRANCE DANS UN CONTEXTE EUROPEEN DE LIBRE MARCHÉ.....	467
<i>a) L'enseignement français : le glissement d'un contrôle médical vers un contrôle administratif offre quelques opportunités aux kinésithérapeutes.....</i>	<i>467</i>
Avant 1981, une formation entre tutelle médicale et logique marchande.	468
Après 1982, un contrôle réaffirmé de l'Etat sur les écoles qui entraîne une clôture du marché de la formation...	471
Le recrutement suite à une première année d'étude universitaire, des expérimentations longues qui mènent à une institutionnalisation en 2015	477
La régionalisation du financement des formations paramédicales : le retour du modèle infirmier.....	482
Autoriser l'exercice des diplômés étrangers : à défaut de maîtriser les flux européens, imposer la légitimité du cursus français	490
<i>b) Clôture incomplète du marché de l'enseignement de la kinésithérapie à travers l'Europe et hiérarchisations</i>	<i>495</i>
Le marché européen de l'enseignement supérieur : l'import d'étudiants et l'export de kinésithérapeutes	496
Malgré les différents contextes nationaux, des tentatives pour choisir les meilleurs étudiants.....	504
Les choix étudiants, comme verdicts quant aux stratégies de distinction des établissements	509
SECTION 2 UNE PROFESSIONNALISATION PAR LA FEMINISATION ET LE RECRUTEMENT D'IMPETRANTS A CAPITAUX CULTURELS ELEVES, UN MECANISME QUI CREE DES RESISTANCES	514
<i>a) Féminisation et augmentation du poids des capitaux culturels : approche longitudinale en France</i>	<i>515</i>
Une féminisation de la formation française	516
Des étudiants kinésithérapeutes en France qui sont de plus en plus des enfants de cadres supérieurs	520
Des filles de cadres supérieurs et professions intellectuelles : penser ensemble genre et classe sociale	526
Des classes sociales favorisées : un terreau indispensable à la professionnalisation	529
<i>b) La kinésithérapie conserve des voies d'accès pour des étudiants disposant de capitaux économiques : approche transversale des voies de contournement européennes</i>	<i>533</i>
Méthodologie de l'enquête par questionnaire.....	534
Les hommes contournent la sélection française.....	539
Devenir kinésithérapeute sans les capitaux culturels suffisants : mobiliser le capital économique.....	541
L'école, institution de hiérarchisation des capitaux légitimes pour devenir un professionnel.....	553

CONCLUSION DU CHAPITRE 5	557
CHAPITRE 6 : INSTAURATION DE HIERARCHIES ESTUDIANTINES, UN MOYEN DE FAIRE CORPS MALGRE LES DISSENSIONS SUR L'APPROCHE DU METIER	561
INTRODUCTION AU CHAPITRE 6.....	561
SECTION 1 ETUDIER A L'ETRANGER, SE PREPARER A UNE POSITION PERIPHERIQUE DANS LE GROUPE PROFESSIONNEL.....	563
<i>a) Se former à l'étranger, une « traversée du miroir » plus difficile</i>	<i>564</i>
L'espace des sports reste attractif	564
Résistance de l'image du kinésithérapeute-ostéo, maitre dans son cabinet.....	572
<i>b) Les enseignements prescrits sont inégalement normatifs selon les pays.....</i>	<i>578</i>
L'organisation des études espagnoles permet de moduler ses enseignements en fonction de sa vision du métier	578
Savoirs et savoir-faire dans les curriculums formels.....	583
Les examens : valorisations variables des capacités d'inférences	592
<i>c) La socialisation estudiantine : une cohésion professionnelle mise à mal en Espagne</i>	<i>596</i>
Maîtrise instrumentale de l'espagnol	597
L'imitation des fêtes françaises en Espagne, s'imaginer comme étudiant kinésithérapeute « normal »	606
SECTION 2 LES STAGES COMME LIEUX DE REGULATION : ENTERINER LES HIERARCHIES	612
<i>a) Se conformer au modèle français : les stages hospitaliers en France comme instruments de validation de l'équivalence.....</i>	<i>613</i>
<i>b) Savoir-faire et savoir être : une ligne de fracture détectable durant les stages.....</i>	<i>623</i>
La découverte de patients nouveaux en stage : mobiliser un savoir et un savoir-faire pour répondre à une demande sans expérience préalable.	623
L'apprentissage d'un savoir-faire en stage qui n'empêche pas des différences de savoir-être professionnel	626
SECTION 3 AU CŒUR LEGITIME DU GROUPE PROFESSIONNEL : EMERGENCE DE PROMOTEURS DE CHANGEMENT PARMIS ETUDIANTS DE FRANCE.....	633
<i>a) Promouvoir le changement : des étudiants qui se pensent comme représentants d'une nouvelle kinésithérapie</i>	<i>634</i>
Des étudiants dont la trajectoire sociale est incompatible avec la fonction d'auxiliaire	635
Devenir représentant : incorporer les codes légitimes et le savoir-être.....	648
<i>b) Faire profession : pour ces néo professionnels engagés, maîtriser la définition et l'affichage de la pratique légitime</i>	<i>656</i>
Préempter les places clés dans la définition de la kinésithérapie du futur.....	656
L'accès aux possibles universitaires : diversification des trajectoires, raffinement du champ des possibles et importation dans l'espace de la kinésithérapie de savoirs accessoires.	663
CONCLUSION DU CHAPITRE 6	668
CONCLUSION DE LA PARTIE 3	671

Introduction à la partie 3

Alors que les kinésithérapeutes présentent des nuances de pratiques prudentielles dans leur travail et que leurs représentants (syndicaux ou scientifiques) tentent d'obtenir un meilleur statut, il a été montré que ces tentatives restent pour l'instant d'effet modeste. Des éléments de professionnalisation sont observables, comme l'institutionnalisation d'une recherche ou la pratique, dans les faits, de diagnostics qui orientent les choix thérapeutiques. Mais, dans le même temps, le champ médical semble d'une remarquable stabilité, confinant les kinésithérapeutes à une position subalterne (les propositions concernant la prise en charge de la bronchiolite sont décrédibilisées par les pédiatres hospitaliers), faiblement protectrice face aux tentatives de rationalisations administratives (comme le montre leur régulation démographique). Si les éléments de contenu, comme un travail dans le temps long, plutôt physique et peu invasif, participent à l'explication, cela ne doit pas conduire à naturaliser l'organisation sociale qui en découle. Le travail des kinésithérapeutes sur les corps, ainsi jugé insuffisamment distingué et complexe, l'est à l'aune d'un jugement social¹²⁷⁵. Si le contexte de négociations des représentants avec leurs tutelles participe aussi à l'explication de la position sociale des kinésithérapeutes, ce qui a été montré par les différences nationales dans les caractéristiques professionnelles des kinésithérapeutes, il faut admettre cependant que « *les statuts [professionnels] ne sont pas distribués au hasard. A de rares exceptions près, ce sont les mêmes professions qui sont protégées dans la plupart des pays* »¹²⁷⁶. Ces constats sur l'importance du jugement social sur le travail et sur un dépassement des contingences, qui pourtant existent, imposent alors de s'intéresser aux dispositions sociales des acteurs. Comme le dit Luc Boltanski quant au travail médical, « *l'asymétrie de la relation médecin-malade [...] croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin [...] seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale* »¹²⁷⁷. L'autorité scientifique et la légitimité à être une profession tiennent aux dispositions sociales que les prétendants à la professionnalisation peuvent transmettre dans les interactions durant leur travail. Plus encore, ces dispositions sociales sont aussi pointées du doigt dans le processus d'établissement de protections légales : « *Une profession doit [...] sa position à l'influence politique et économique d'une élite qui répond d'elle* »¹²⁷⁸. Elles participent donc à établir les crédibilités des interlocuteurs à tous les étages des interactions professionnelles, pouvant expliquer les protections par-delà les contingences nationales.

Afin de comprendre en quoi les dispositions sociales expliquent le processus de professionnalisation, à la fois dans ses acquis mais aussi dans ses limites, l'enquête s'est intéressée aux classes sociales et aux genres des étudiants kinésithérapeutes. Il s'agit de comprendre comment, dès son origine, la sélection

¹²⁷⁵ L. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », art. cit.

¹²⁷⁶ F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, op. cit, p. 174-175.

¹²⁷⁷ L. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », art. cit, p. 214.

¹²⁷⁸ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit, p. 70.

des acteurs destinés à faire partie d'un groupe professionnel est un marqueur de la position sociale dudit groupe, mais aussi un moyen de faire évoluer celle-ci. Dans le cas des kinésithérapeutes, l'évolution dans le temps mais aussi selon les lieux de formation, peuvent expliquer des changements dans le travail investi ou dans les revendications portées. Deux versants seront explorés : d'une part les dispositions sociales transmises par la famille seront enquêtées quantitativement par l'analyse des classes sociales d'origine et d'autre part la socialisation secondaire au cours de la formation sera enquêtée plus qualitativement grâce à des entretiens et des observations en stage d'étudiants. Il sera alors montré que les nuances de professionnalisme analysées chez les kinésithérapeutes suivent les capitaux variés que les acteurs ont pu accumuler.

Chapitre 5 : Clôture de la formation par le concours scolaire : le changement genré et social au cœur de la professionnalisation

Introduction au chapitre 5

La sociologie des professions met en évidence le rôle des formations (longues, universitaires, sélectives) dans l'établissement d'un groupe professionnel. Les apports anglo-saxons, notamment d'Andrew Abbott et du système des professions comme écologie¹²⁷⁹, font alors la part belle aux phénomènes endogènes aux groupes professionnels et aux luttes entre métiers concurrents pour atteindre les positions les plus enviées. C'est ainsi que Glenn Gritzer et Arnold Arluke¹²⁸⁰ montrent comment les kinésithérapeutes américains ont su profiter des reflux et faiblesses médicales pour s'emparer d'attributs prestigieux, parfois au détriment d'autres groupes comme les ergothérapeutes. Si ces phénomènes macroscopiques ne peuvent être niés, se pose pourtant la question des mécanismes à l'œuvre au niveau des acteurs. Dans quelle mesure s'emparer d'attributs prestigieux est un moteur du changement ? Quelles sont les conditions de possibilité, les marges de manœuvre et les attributs sociaux des acteurs qui permettent ces subversions au sein des écologies des groupes professionnels ? Sur le terrain de la formation, il sera montré qu'en France les kinésithérapeutes eux-mêmes sont historiquement assez désarmés dans l'organisation de l'enseignement de la kinésithérapie et dans les changements à l'œuvre. Finalement, ils se retrouvent embarqués dans des réformes impulsées à la fois par des segments administratifs et des segments de la profession médicale établie. Même quand des marges de manœuvre apparaissent, elles sont moins utilisées pour promouvoir une position plus professionnelle que pour répondre aux enjeux des contextes singuliers. Le rapprochement des formations de kinésithérapie du modèle professionnel doit donc beaucoup à la diversité des intérêts en jeu et aux arbitrages souvent externes sur des expériences singulières. Le modèle médical, et la proximité historique de la kinésithérapie française à celui-ci, est alors clairement visible dans les évolutions retenues des formations de kinésithérapeutes. Pourtant cette situation n'est pas la seule possible. A l'inverse, dans la péninsule ibérique où la kinésithérapie est plus à distance de la médecine (et sans doute plus proche du modèle infirmier dont sa séparation a été tardive), la convocation de ce modèle n'a pas lieu et la formation se fait plus dans une logique de marché que dans celle d'une clôture propre aux professions. Dans les universités privées espagnoles, les enseignants kinésithérapeutes sont soumis à l'injonction de rentabilité : former des étudiants pour équilibrer les comptes ou disparaître.

¹²⁷⁹ A. D. ABBOTT, *The system of professions, op. cit.*

¹²⁸⁰ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation, op. cit.*

Ces évolutions temporelles et ces variations géographiques ont des conséquences sur les recrutements étudiants. En mobilisant les concepts bourdieusiens de « capitaux »¹²⁸¹, assumant l'importance des déterminismes sociaux dans les constats statistiques de dispositions sociales¹²⁸², il sera alors montré que l'augmentation de la sélectivité scolaire en France modifie dans le temps long le profil des kinésithérapeutes français, vers une féminisation professionnalisante. Les étudiantes, qui deviennent majoritaires en France, sont des filles de cadres supérieurs ou de professions intellectuelles et, à ce titre, ont des dispositions sociales qui contribuent à rapprocher les kinésithérapeutes du modèle professionnel médical (qui se féminise aussi). Ce processus s'accompagne de résistances, c'est-à-dire de tentatives de la part de jeunes hommes de la classe moyenne de parvenir à ce titre qui leur a été si longtemps accessible. Pour contourner l'obstacle scolaire qui se dresse devant eux en France, ils utilisent l'hétérogénéité des formations européennes. Ils font ainsi leur scolarité dans des universités sans concours d'entrée sélectif. Certaines, pourtant, comme en Belgique, se révèlent réaliser une sélection qualitative via des examens difficiles, contribuant à éliminer progressivement les moins dotés en capitaux scolaires. D'autres, comme en Espagne, se révèlent être des « usines à diplômes »¹²⁸³, où, sous réserve de posséder les capitaux économiques nécessaires, les matières premières importées (les étudiants) sont diligemment transformées en des produits certifiés (des kinésithérapeutes). C'est là que les exclus de l'augmentation de sélectivité scolaire française trouvent refuge pour intégrer le groupe professionnel convoité. Deux groupes assez dissemblables vont alors parvenir à l'exercice du métier, ce qui entraîne un processus de hiérarchisation interne.

Dans un premier temps, la sélection des étudiants en France sera remise dans son contexte historique. Cette sélectivité croissante sera alors comparée aux situations belges et ibériques afin d'éclairer les mobilités étudiantes. Dans les deux cas, l'analyse qualitative mettra l'accent sur le rôle des acteurs de la formation (directeurs, enseignants) dans leurs différents contextes. Dans un second temps, ce sont les profils sociaux des étudiants s'inscrivant dans ces formations qui seront étudiés quantitativement. Tout d'abord, grâce à une enquête longitudinale sur un IFMK français, l'évolution des genres et origines sociales sera étudiée à travers le temps. Enfin, les mêmes caractéristiques, enrichies d'indicateurs quant aux capitaux disponibles, seront comparées entre structures françaises, belges, espagnoles et portugaises¹²⁸⁴.

¹²⁸¹ Pierre BOURDIEU, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

¹²⁸² Gérard Mauger rappelle que c'est justement l'objectivation statistique « d'inégalités de tout ordre » qui permet d'établir l'objectivité de l'analyse par classes sociales, au-delà des enjeux symboliques ou politiques qui leur sont associés. Gérard MAUGER, « Sur la « construction » des classes sociales de Marx à Bourdieu », *La Pensée*, N° 408-4, 2022, p. 44-54.

¹²⁸³ Par homologie avec « l'usine à soin » hospitalière. F. PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisme néolibéral de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », art. cit.

¹²⁸⁴ Le cas portugais sera cependant moins analysé : de nombreux indicateurs sont propres aux étudiants français, qui sont absents de l'école lusitanienne enquêtée.

Section 1 Les structures de formation, un affermissement du contrôle des impétrants de France dans un contexte européen de libre marché

La sociologie des professions est riche d'études concernant les dispositifs de formation des futurs professionnels¹²⁸⁵. Ici l'axe d'analyse conservera une perspective de sociologie de l'action publique pensant les enseignants comme des acteurs intermédiaires¹²⁸⁶ impliqués dans le changement. Il sera étudié comment ceux-ci, dans des contextes historiques et nationaux variés, arrivent à se dégager des marges de manœuvres pour orienter la sélection des impétrants dans le sens souhaité. D'un côté, les enseignants sont très contraints par l'écologie dans laquelle ils évoluent, que ce soit par la place de la profession médicale ou les intérêts variables des administrations de tutelles, changeantes à travers le temps et selon les pays. De l'autre, ces différents contextes provoquent des hiérarchisations internes au groupe professionnel qui permettent d'éclairer finement les logiques professionnelles.

a) L'enseignement français : le glissement d'un contrôle médical vers un contrôle administratif offre quelques opportunités aux kinésithérapeutes.

Jusqu'au tournant des années 2000, les carrières de kinésithérapeutes passent d'abord par des formations dans les structures hexagonales. Celles-ci ont, pendant un demi-siècle, contribué à une fermeture progressive de l'accès au cursus. Bien que fortement dépendants de la bonne volonté des autorités administratives de tutelle, les IFMK ont progressivement reçu leurs étudiants selon des mécanismes de contrôle du nombre et de la qualité scolaire. Trois grandes périodes seront définies ici qui, malgré leurs chevauchements, montrent une évolution notable de la logique de clôture du groupe professionnel via sa formation : la période précédant l'instauration qu'un quota national en 1981 où la logique des écoles est avant tout commerciale. La période du concours privé permettant de sélectionner les étudiants correspondant aux quotas, de 1981 à 2015, qui institutionnalisent les notions de mérite scolaire dans le recrutement. Enfin, la période de sélection via l'université à partir de 1989 et jusqu'à nos jours, longtemps en chevauchement et concurrence avec le concours privé. Ce rapprochement de l'université est d'abord le symbole de l'alignement sur le modèle médical marqué par un recrutement commun via une première année de médecine. Pourtant cette trop grande proximité pose question à une partie des formateurs kinésithérapeutes et des alternatives (recrutement en STAPS ou en biologie) sont alors pensées. A ces grandes périodes, correspondant à des variations des modalités de sélection, se surajoute

¹²⁸⁵ Howard Becker analyse notamment les interactions entre enseignants et enseignés, tandis que Florent Champy s'attache plus au contenu de la formation et à la transmission d'une logique de travail prudentiel. H. S. BECKER, *Boys in white*, *op. cit.* ; F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, *op. cit.*

¹²⁸⁶ Reprenant ici un des niveaux d'analyse de Nicolas Belorgey (qui propose quatre niveaux : les destinataires de l'action publique, les acteurs de premier rang, les acteurs de second rang -intermédiaires- et les auteurs de normes). N. BELORGEY, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, *op. cit.*

une évolution en 2006 : la régionalisation du financement des instituts de formation paramédicaux. Même si l'administration centrale garde la main sur les quotas et les programmes¹²⁸⁷, cette décentralisation partielle amène à la table des discussions de nouveaux interlocuteurs, les conseils régionaux, qui disposent ainsi d'arguments pour s'intéresser au nombre et à la répartition des IFMK. Ils auront tendance alors à affaiblir le « tournant universitaire » de la kinésithérapie, en tentant de la rapprocher de l'autre formation sanitaire très importante gérée par les régions : la formation infirmière. A cette régionalisation, il faut enfin ajouter l'eupéanisation, et ses effets permissifs sur la circulation de diplômés. Aux contingences françaises se rajoutent les diversités des systèmes de formation à la kinésithérapie dans les pays européens proches. Ceux-ci, dont les mécanismes de clôture peuvent être moins établis que dans le cas français, deviennent alors des acteurs importants de la formation des futurs kinésithérapeutes français. Ce cadre européen contraint les acteurs français à reconnaître ces impétrants, tout en alimentant un mécanisme de hiérarchisation : ces diplômés ne sont en effet reconnus que s'ils comblent les écarts qui peuvent exister entre leur formation et le cursus hexagonal légitime.

Par l'analyse des contingences entourant ces changements, il sera montré que la logique de clôture française de la formation est d'abord due à des évolutions au sein des administrations de tutelle ou de la profession médicale. Les acteurs de la formation des kinésithérapeutes tentent de profiter des espaces qui leurs sont ouverts pour améliorer leur position, mais selon des logiques parfois en concurrence. C'est cette diversité d'intérêts en jeu qui explique aujourd'hui la sélection particulière des étudiants kinésithérapeutes français. D'un côté, le recrutement des impétrants se fait selon la logique de concours après une première année universitaire, suivant en cela le modèle médical dominant. De l'autre, la formation française des kinésithérapeutes est administrée selon le modèle infirmier dominé et est mise en tension par des migrations de contournement.

Avant 1981, une formation entre tutelle médicale et logique marchande.

Les premières écoles ouvertes entre la fin du XIX^{ème} siècle et la seconde guerre mondiale sont d'abord parisiennes et tenues par des médecins entrepreneurs¹²⁸⁸. Il s'agit de former des auxiliaires pour les médecins qui ne souhaitent plus réaliser eux-mêmes des thérapeutiques coûteuses en temps et demandant un travail physique (le massage, la gymnastique). Ces écoles sont privées, financées par les droits d'inscriptions des élèves. Elles bénéficient d'une reconnaissance institutionnelle dans l'entre-deux guerres (le diplôme d'état d'infirmier masseur est reconnu en 1924, celui de masseur aveugle en 1926), accompagnée d'une ébauche de programme national (il s'agit d'enseigner des techniques déléguées par

¹²⁸⁷ Le secteur sanitaire reste ainsi sous tutelle centrale plus forte que le secteur social. Michel AUTES, « La régionalisation des formations sanitaires et sociales: Les risques d'un déséquilibre », *Informations sociales*, n° 135-7, 2006, p. 48.

¹²⁸⁸ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit.

les médecins : le massage, la physiothérapie, la gymnastique¹²⁸⁹). Le nombre d'impétrants est libre, à la discrétion des médecins directeurs.

Après la seconde guerre mondiale, l'institutionnalisation du titre de masseur-kinésithérapeute entraîne une seconde vague d'ouvertures d'écoles, essentiellement dans les régions. Là encore, ce sont des médecins qui sont à leur tête, mais leur statut évolue. En lieu et place des écoles à buts lucratifs du début du XX^e siècle, ces écoles sont le plus souvent à statuts privés associatifs. Elles sont ainsi dirigées par des conseils d'administration composés de médecins, le plus souvent universitaires. Ces montages associatifs sont mis en place par des médecins chefs de services travaillant avec des kinésithérapeutes : il s'agit majoritairement de chirurgiens orthopédistes, accompagnés parfois de pédiatres ou de neurologues puis, à partir des années 1970, de médecins rééducateurs. Si les données sur la période restent parcellaires (la thèse de Jacques Monet porte plus sur le début du XX^e siècle et il n'existe pas de travail équivalent sur la seconde moitié du XX^e siècle), il semble que ces statuts associatifs soient dus aux dispositions sociales de ces médecins : ce sont des chefs de service et non plus les médecins dominés, entrepreneurs privés éloignés des pôles universitaires, du début du XX^e siècle. A ce titre ces écoles ouvertes entre 1950 et 1980 sont liées au pouvoir académique tout en formant des auxiliaires, donc nécessairement à distance de la prestigieuse faculté de médecine¹²⁹⁰. Le statut associatif permet le plus souvent de concilier ces impératifs : le conseil d'administration constitué de « mandarins » permet d'affirmer le sérieux académique et de maintenir un contrôle sur la formation des auxiliaires. Ce contrôle passe par la nomination du directeur, choisi parmi les médecins exerçant dans l'entourage du conseil d'administration. Quelques IFMK publics apparaissent selon les contingences locales, le plus souvent sous la tutelle du CHU, plus rarement sous la tutelle de la faculté de médecine (l'Institut des Sciences et Techniques de la Rééducation de Lyon est le seul dans ce cas¹²⁹¹). Il est envisageable que, pour ces ouvertures sous statut public, les médecins de spécialités tutélaires de la kinésithérapie aient disposé de suffisamment de pouvoir dans les institutions impliquées pour y créer directement leurs écoles, sans passer par une structure associative autonome.

¹²⁸⁹ Un « nombre de leçons » à donner pour chaque domaine est précisé par décret publié au Journal Officiel. R. REMONDIÈRE, *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)*, op. cit., p. 219.

¹²⁹⁰ Ce maintien à l'écart vise à éviter une « prise de la Bastille » médicale par les kinésithérapeutes, selon les mots du professeur de rhumatologie de l'AP-HP et futur président de l'académie de médecine, Stanislas de Sèze : « j'entends dire par les médecins qu'il faut élever des barricades, c'est-à-dire défendre la médecine contre les assauts de la kinésithérapie [...] j'entends dire par les kinésithérapeutes qu'il faut abattre la Bastille, c'est-à-dire libérer la kinésithérapie de la tyrannie médicale ». Allocution aux journées de kinésithérapie de 1956, rapportés par Rémi Remondière *Ibid.*, p. 209.

¹²⁹¹ Il s'agit d'un institut dépendant de la faculté de médecine et non d'un département. Le contrôle médical est total sur son fonctionnement, mais cet institut est bien distinct, y compris budgétairement, de la faculté.

Instituts ouverts avant 1945 (et toujours existants ¹²⁹²)	Instituts ouverts entre 1945 et 1980
Privés à but lucratif ¹²⁹³ (5) : ADERF (Paris), Saint Michel (Paris), Danhier (Paris), Assas (Paris), EFOM (Paris) Privés associatifs (2) : Vichy, Valentin Haüy (Paris, réservé aux déficients visuels)	Privé à but lucratif (1) : De Sambucy (devenu CEERRF, en région parisienne) Privés associatifs (15) : Dijon, Rennes, Nancy, Lille (Université Catholique), Lille (institut dit « Nord de la France »), Berck sur mer, Limoges (Croix Rouge), Montpellier, Nantes, Nice, Lyon (déficients visuels) + 3 écoles réservées aux déficients visuels Guinot (Paris) ¹²⁹⁴ , APSAH Limoges, et Lyon. Publics (13) : Strasbourg, Bordeaux, Rouen, Orléans, Besançon, AP-HP (Paris), Saint Maurice (Paris), Grenoble, Amiens, Poitiers, Toulouse, Marseille et Lyon (tutelle non hospitalière mais faculté de médecine)

Tableau 27 : relevé des périodes et statuts d'ouvertures des instituts avant 1980 (et existant toujours à ce jour).

Dans ces premières écoles sous domination médicale, les politiques en matière de recrutement d'étudiants sont peu du ressort du groupe professionnel des kinésithérapeutes. C'est d'abord l'administration de la santé, dans les années 1970, qui impose aux médecins directeurs une adéquation entre nombre d'étudiants et possibilité de formation :

« A partir de 1968, 1969¹²⁹⁵ on n'ouvre plus d'école mais on réagrémente, on revalide les écoles avec moins d'élèves. [...] Il y a des plaintes d'étudiants qui écrivent au ministre en disant que

¹²⁹² Plus de 53 écoles ont décerné des diplômes ayant permis d'obtenir une équivalence avec le titre de masseur kinésithérapeute de 1945, majoritairement à Paris, mais aussi en région et en Algérie. La plupart de ces écoles étaient centrées sur d'autres disciplines (notamment les soins infirmiers). Sans doute plus représentatifs d'un « cœur de métier » centré sur la formation des kinésithérapeutes, 19 « cours » de massages et gymnastiques médicales ont été agréés entre 1924 et 1952. Une grande partie de ces cours disparaissent lors du passage au statut d'écoles de kinésithérapie et l'exigence croissante en termes de contenu. Certaines serviront toutefois de supports aux ouvertures d'école de kinésithérapie sous contrôle de « mandarins » hospitaliers (Marseille, Vichy, Lille...). R. REMONDIERE, *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)*, op. cit, p. 207.

¹²⁹³ Parmi ces instituts, l'EFOM et l'ADERF sont officiellement passés à un statut privé associatif au cours de la seconde moitié du XXème siècle

¹²⁹⁴ Si trois écoles de formation pour les aveugles existent avant 1945, l'école Guinot actuelle ne porte pas ce nom. Existe alors à Paris, en plus de l'école de l'association Haüy, une « école des masseurs de France et des masseurs aveugles ». R. REMONDIERE, *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)*, op. cit, p. 207,217.

¹²⁹⁵ Ces dates ne sont pas sans rappeler les tensions existantes dans les facultés de médecine. Les demandes de liberté d'accès à l'enseignement supérieur de mai 1968 semblent fragiliser les tentatives d'introduire des quotas dans un contexte d'augmentation du nombre de bacheliers. Le non agrément de nouvelles écoles est sans doute un moyen de limiter l'augmentation du nombre, par un moyen moins visible que le numerus clausus médical étudié par Marc-Olivier Déplaud. Marc-Olivier DEPLAUDE, « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation

les cours sont pas faits... J'ai pas de stage... Ce qui n'était pas faux. [...] Donc on missionne un inspecteur, [...] et il dit voilà j'ai été à [l'École Privée E], j'ai été... Et voilà ce que j'ai trouvé, et je trouve que les étudiants n'ont pas de stages [...] et puis les cours ils ne sont pas bien faits, parfois ils ne sont pas faits du tout [...] [II] dit au directeur, il écrit, « combien d'élèves avez-vous ? Ben je sais pas ». L'inspecteur lui pose la question, « mais monsieur le directeur à qui dois-je demander si c'est pas au directeur ? » il sait pas... il a des étudiants qui viennent d'autres écoles, il fait des cours du soir et comme il a beaucoup d'élèves il fait des formations septembre octobre c'est de A à M, etc... Dans les locaux il y a 120m²... Pour 360 étudiants. Pas de salle, pas de matériel, on compte les toilettes il y en a 2. Donc ils décident de lui serrer la visse et de lui faire baisser le « quota¹²⁹⁶ ». Donc ils écrivent, « monsieur le directeur l'année prochaine vous rentrerez pas plus de tant » [...] [L'école privée D] c'est encore pire, ils travaillaient dans la salle à manger, c'est un appartement familial, dans les chiottes... Enfin... Les cours étaient pas faits, ils faisaient cours du soir, que pour les profs de gym... Pour qu'ils puissent rentrer enfin... Ça a été une horreur, une horreur qui a fait que... pff... A Paris. »
Entretien avec Jacques Monet, directeur d'école de kinésithérapie parisienne et docteur en histoire¹²⁹⁷. 03/10/2019.

Dans les processus de contrôle rapportés par Jacques Monet, les directions (médicales) des écoles sont réticentes au contrôle du nombre d'étudiants et à la fermeture du marché du travail en découlant. Le marché de la formation des kinésithérapeutes est ainsi libre au-delà du contrôle des locaux et d'une trame d'enseignements à assurer : les tentatives de régulation, d'abord souples entre 1950 et 1980, tentent d'assurer que le titre, certifié par l'Etat¹²⁹⁸, est bien attribué suite à une formation réelle et dans des locaux décentes. Les écoles doivent être agrémentées dès les années 1950 (pour être autorisées à délivrer un diplôme d'Etat), ce qui permet d'avoir un regard sur le nombre de structures, et celles-ci doivent avoir des locaux et le corps enseignant à la hauteur du nombre d'étudiants (ce qui est plus contrôlé à partir des années 1970), ce qui donne un premier droit de regard sur le nombre d'inscrits. Si ces régulations restent encore modestes, elles permettent aux acteurs administratifs de s'immiscer dans un marché de la formation qu'ils vont progressivement réguler plus strictement.

Après 1982, un contrôle réaffirmé de l'Etat sur les écoles qui entraîne une clôture du marché de la formation

Les règles d'entrées en écoles de kinésithérapie se durcissent à partir de 1982¹²⁹⁹ et l'instauration d'un quota national, décliné par école. Cette mesure semble être un compromis entre les représentants syndicaux des kinésithérapeutes et l'administration, pour assurer d'une part un contrôle des relations de

du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 21.

¹²⁹⁶ Qui, à ce moment n'en est pas encore un, il serait plus juste de parler d'agrément pour un nombre d'étudiant en fonction des locaux.

¹²⁹⁷ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit.

¹²⁹⁸ Il semble que ce soit, avant 1980, les préfectures qui entérinent le diplôme d'Etat, suite à un examen en présence de médecins et de kinésithérapeutes.

¹²⁹⁹ Arrêté du 31 Mars 1981. Fixation du nombre d'élèves admis à entrer en 1ere année d'études préparatoires au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute (session 1981) dans les différentes écoles (sauf écoles pour déficients visuels).

concurrence entre praticiens et d'autre part la maîtrise de la dépense en santé, à l'image du *numerus clausus* en médecine¹³⁰⁰. Si les kinésithérapeutes sont donc entrés dans la voie de la sélection scolaire, c'est essentiellement par l'élargissement des recettes appliquées aux médecins : ils bénéficient d'un exercice libéral conventionné, comme les médecins, ce qui incite l'administration à s'intéresser au contrôle du nombre, et la solution trouvée, le *numerus clausus* à la formation, est une imitation de la réponse à la démographie médicale. Les directeurs d'écoles (très majoritairement privées à ce moment-là) sont, à l'inverse, opposés à ces mesures :

« *C'était dur pour les écoles, moi j'ai pris la direction en 1983, en quelques années on est passé de 100 étudiants à 46 avec les quotas. On avait moins d'étudiants donc on a été plus cher, on a dû augmenter les prix mais c'était pas facile car les prix étaient bloqués [sous le gouvernement socialiste]* »

Entretien avec le directeur (kinésithérapeute) de l'école P, privée parisienne, 18/06/2021

Parallèlement à l'intensification de l'encadrement légal¹³⁰¹ et administratif des études de kinésithérapie, les directions d'écoles évoluent aussi. Les médecins directeurs laissent ainsi progressivement¹³⁰² la place à des cadres kinésithérapeutes, sans doute sous la pression des premières organisations de kinésithérapeutes, notamment l'association des moniteurs cadres¹³⁰³ (il faut rappeler que cette association fédérait les enseignants d'école de kinésithérapie, la cohésion étant favorisée par des études de cadres spécifiques à la filière kinésithérapie jusqu'en 1995, comme décrit au chapitre 4). Dans le même temps, il est probable que les administrations investissant le domaine de la formation des auxiliaires médicaux aient favorisé l'émergence d'interlocuteurs dans le groupe professionnel en question¹³⁰⁴. Il y a ainsi un glissement dans la relation de tutelle des kinésithérapeutes, qui passe progressivement de la profession médicale (direction d'IFMK médicale, médecins entrepreneurs

¹³⁰⁰ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*

¹³⁰¹ Trois textes de lois se succèdent au tournant de 1980 pour encadrer les études et le diplôme d'Etat de kinésithérapeute, l'arrêté du 14 décembre 1976 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, l'arrêté du 5 décembre 1979 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et l'arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

¹³⁰² L'obligation d'un directeur issu de la filière n'apparaît qu'en 1998 (Arrêté du 29 juin 1998 modifiant l'arrêté du 20 mai 1968 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute), et laisse encore la possibilité aux directeurs médecins en poste de continuer jusqu'à leur retraite. Pourtant, dès les années 1980, les écoles passent souvent sous la direction des kinésithérapeutes lors des départs des médecins directeurs. Cela marque sans doute un reflux de l'intérêt médical pour l'encadrement de ces auxiliaires aussi bien qu'un gain de légitimité des moniteurs cadres kinésithérapeutes qui s'imposent pour les remplacer.

¹³⁰³ C'est en tout cas l'avis de Rémi Remondière, qui a réalisé sa thèse d'histoire sur les kinésithérapeutes en 1996. Bien qu'évoquées succinctement dans son manuscrit, il suggère que les associations professionnelles de l'époque aient milité en faveur des directions d'écoles par les kinésithérapeutes eux-mêmes. R. REMONDIÈRE, *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)*, *op. cit.*, p. 206-222.

¹³⁰⁴ En faveur de cette hypothèse, à noter la création d'un conseil supérieur des professions paramédicales en 1973, avec une commission kinésithérapie. Cet organisme, sous l'autorité du ministère de la Santé, regroupe des kinésithérapeutes (16 membres), des cadres administratifs (11 membres, principalement du ministère de la Santé, mais aussi de l'Enseignement Supérieur, des Sports, de la CNAM et des associations d'employeurs telle la Fédération Hospitalière de France ou la Croix-Rouge) ainsi que des médecins, en minorité (5 membres).

décidant librement du nombre d'inscrits) vers une tutelle administrative du ministère de la Santé (qui décide des quotas et favorise l'éviction progressive des directeurs médecins).

Ces directeurs kinésithérapeutes ont initialement un pouvoir limité. D'une part, ils sont minoritaires tout au long des décennies 1980 et 1990, le temps que les médecins directeurs partent en retraite. D'autre part, les médecins continuent à influencer les destinées des écoles via des postes de conseillers scientifiques ou de membres de conseils d'administration (d'écoles majoritairement privées dans ces années-là). Pourtant, si le quota national, et les concours d'entrée locaux l'accompagnant¹³⁰⁵, n'est pas de leur fait, les directeurs kinésithérapeutes tentent ensuite d'orienter les sélections d'étudiants vers un modèle jugé plus favorable.

En 1989, le contrôle administratif semble se resserrer sur les écoles de kinésithérapie : en sus des quotas, un cadre national d'épreuves post bac¹³⁰⁶ (physique, chimie, biologie), sur un modèle commun aux métiers de la rééducation (pédicures podologues, ergothérapeutes...) s'impose en lieu et place de modalités de sélection à la main des écoles¹³⁰⁷. Pourtant, la même année, des premières expérimentations de sélections alternatives sont adoptées : à leur demande, deux écoles de province (les IFMK B et V) sont autorisées à recruter leurs étudiants suite à une première année de médecine¹³⁰⁸.

Cette division de la sélection soit par concours soit par l'université (la faculté de médecine au premier chef) aura des répercussions durant les 35 années suivantes, jusqu'à 2015 et l'harmonisation finale en faveur d'un recrutement universitaire. Cette division du corps des directeurs d'IFMK confrontés à ces deux alternatives est à la fois illustrative de la crise identitaire profonde de la kinésithérapie (discipline autonome ou sous-discipline médicale) mais aussi des marges de manœuvre nouvelles qui apparaissent pour les directions quant aux choix de leurs étudiants.

Les divisions entre directeurs d'IFMK ne suivent pas seulement des fractures directeurs médecins versus directeurs kinésithérapeutes ou IFMK privés versus IFMK publics, mais bel et bien des désaccords sur ce qu'est la kinésithérapie et sa place dans le champ médical. C'est en fonction de l'image qu'ils ont de la « bonne kinésithérapie » et du « bon étudiant » que les directeurs s'orientent vers une sélection distincte de médecine ou liée à elle.

Les deux premières écoles à investir un recrutement via médecine sont les IFMK B et V : toutes deux sont de statut privé, mais l'IFMK B a pour directeur le doyen de la faculté de médecine locale (PU-PH

¹³⁰⁵ De 1982 à 1988 les écoles sont libres quant aux modalités de concours, elles doivent simplement admettre le nombre d'étudiants imposé par le quota.

¹³⁰⁶ C'est alors l'épreuve « officielle », imposée par l'arrêté du 23 décembre 1987 « relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de pédicure-podologue et de psychomotricien ».

¹³⁰⁷ Avant 1989 chaque école avait des modalités de sélection propres. Des enquêtés m'ont ainsi raconté le poids décisif d'entretiens oraux pour être acceptés dans les écoles de kinésithérapie de Strasbourg ou Toulouse. Le programme est national à partir de 1989 : épreuves écrites de chimie, biologie et physique suivant les programmes de terminale S. Tout en puisant dans ce programme, chaque école prépare un concours et des sujets différents, souvent à des dates différentes.

¹³⁰⁸ Arrêté du 11 juillet 1989.

de rééducation), tandis qu'à l'IFMK V le directeur est kinésithérapeute, décrit par d'anciens directeurs enquêtés comme proche du doyen de la faculté de médecine. Dans les deux cas, la proximité avec des facultés de médecine, plutôt de second rang¹³⁰⁹, est primordiale :

« A l'époque, en 89, le directeur de l'école de kiné c'est le professeur [D], il était directeur de l'école de kiné mais il était aussi doyen de la faculté de médecine et moi j'étais donc directeur technique, donc directeur des études en quelque sorte. Parce que c'était pas évident non plus. Il faut bien vous dire le jour où monsieur [D] a dit : « étant donné que nos étudiants viennent quasiment tous de médecine autant qu'ils soient sélectionnés par le concours de médecine », et c'était facile pour lui parce qu'il était à la fois doyen et directeur. J'aurais été tout seul en tant que kiné je pense que ça serait jamais passé. Et il a eu du mal, il y a des professeurs, à l'époque, qui se sont dit « comment, les kinés à côté des, qui se forment en même temps que les médecins, non, non, on est pas d'accord ». Il y a beaucoup de professeurs de médecine qui étaient contre le projet. Donc le projet est passé déjà tout juste [au niveau de la faculté de médecine] avant d'être présenté au ministère... Donc ce n'est pas quelque chose de facile à mettre en place. Mais le fait qu'il y ait un directeur qui soit à la fois doyen d'une faculté de médecine ça compte. Ça a été déclencheur. [...] A [l'IFMK V], [B], le directeur, c'était un kiné qui était directeur. Et lui il avait, comment dire, une relation amicale avec le doyen de l'époque. Ils se côtoyaient dans différentes autres organisations et donc du coup, [à l'IFMK V], ils se sont dit on peut faire pareil que [pour l'IFMK B]. Donc les deux dossiers sont passés en même temps et pendant des années on était à titre expérimental »

Entretien avec le directeur technique de l'IFMK B (futur directeur) au moment du passage en recrutement via médecine, 23/06/2021

Ce changement de sélection est soutenu par un constat indigène : les entrants dans les instituts sont des recalés des facultés de médecine (des anciens directeurs kinésithérapeutes, favorables au recrutement en médecine, parlent de 75% des étudiants qui auraient cette trajectoire¹³¹⁰). De ce fait, il est proposé de recruter directement ces étudiants suite au concours de médecine plutôt que de leur imposer un concours distinct pour entrer en kinésithérapie :

« Il y avait une envie de la part des kinés de se rapprocher des médecins. La plupart des écoles avaient des prépas qui étaient alimentaires [fournissant des revenus via les frais d'inscription] ... On voit bien après 89 que les effets [du passage en médecine] sont pas négatifs. Que les reçus collés étaient pas plus cons que les autres. [À choisir] il vaut mieux qu'ils [les impétrants] aient une formation, qu'ils fassent une première année avec les médecins [...] Ils ont besoin de ça, les kinés, ils veulent être médecins, médecins du corps, médecins manuels. C'était un moyen d'une autre forme de médecine. Et pour la médecine c'est une offre de formation complémentaire pour ceux qui échouent à entrer. Et il y a beaucoup d'étudiants [kinésithérapeutes] dont les parents sont médecins. Il y a aussi que ça coûtait cher, il y avait souvent deux ans de prépa plus trois ans d'école, donc ça coûtait cher ça sélectionnait, surtout qu'il y avait pas beaucoup de bourses à l'époque [...] La sélection avec les médecins c'est un plus, c'est plus démocratique, la sélection est transparente, il n'y a plus de bidouillages, alors que dans les prépas intégrées il y avait des échange de sujets [les enseignants de ces cours préparatoires pouvaient diffuser le sujet réel].

Entretien avec le directeur (kinésithérapeute) de l'école P, privée parisienne, 18/06/2021

¹³⁰⁹ Il ne s'agit ni de facultés de médecine historiques (Paris, Strasbourg, Montpellier), ni de grandes métropoles (Lille, Lyon ou Marseille).

¹³¹⁰ Jean Michel LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine : 25ans d'une histoire mouvementée », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-167, 2015, p. 21-25.

Du côté des IFMK, certains directeurs penchent donc en faveur d'un recrutement lié à médecine, ce qui n'est pas sans rappeler le vieux rêve de « troisième médecine physique » des kinésithérapeutes médecins du début du XX^{ème} siècle¹³¹¹. Il s'agit, pour ces directeurs, d'améliorer le prestige du groupe professionnel en faisant montre d'une communauté d'apprentissage autour des savoirs médicaux : « *futurs médecins et futurs MK [kinésithérapeutes] sont assis, pendant une année scolaire, sur les mêmes bancs et partagent un langage commun, une année de formation identique, apprenant ainsi à mieux se connaître et sans doute à mieux se respecter* »¹³¹².

Du côté de certaines facultés de médecine, plutôt dominées, il s'agit d'innover en proposant des filières de reclassement aux éliminés de la sélection « méritocratique » en médecine¹³¹³. Enfin, du côté des acteurs administratifs, essentiellement le ministère de la Santé, la forme de « l'expérimentation » permet de concilier deux impératifs : ne pas distinguer les kinésithérapeutes des autres filières d'auxiliaires médicaux (le cadre général reste le concours) tout en répondant à l'injonction de professionnalisation et de lutte contre l'échec en première année de médecine¹³¹⁴ : certains déçus auront accès à une filière professionnalisante.

En 1991, l'expérimentation est élargie à quatre nouveaux IFMK de province, qui choisissent une sélection via médecine¹³¹⁵.

Inversement, de nombreux IFMK s'opposent à ces sélections via médecine. Pour les écoles, ces concours d'entrée sont des sources de financement importantes¹³¹⁶ et leur abandon constitue une baisse

¹³¹¹ La thématique d'une troisième médecine, « physique », distincte d'une médecine chimique (médicamenteuse) ou biologique (anato-pathologique) a été mobilisée sans succès au début du XX^{ème} siècle par les promoteurs de la kinésithérapie, pour tenter de la constituer en spécialité médicale. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit.

¹³¹² J. M. LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine », art. cit.

¹³¹³ Ce qui est convergent avec l'analyse de Sylvia Marques, dont un extrait d'entretien avec le responsable de « pluripass », c'est-à-dire d'une année de sélection pour une grande variété d'études de santé, est illustratif : « *Est-ce que les étudiants on va réussir à les capter, à les garder pour l'université, et surtout l'Université d'Angers tant qu'à faire ? Où est-ce qu'ils vont aller ? Ils vont partir ailleurs. [...] On voit bien que beaucoup d'étudiants... un nombre considérable qui quittait le système universitaire. Ils allaient dans des écoles paramédicales. Beaucoup. Donc beaucoup quittaient le système universitaire. Ou d'autres partaient de l'université d'Angers pour aller vers d'autres universités. Donc là, peut-être qu'avec ce dispositif-là, on espère qu'on va les maintenir ces très bons élèves, sur le campus. Ce serait très, très profitable* ». Sylvia MARQUES, « La réforme de la première année commune aux études de santé », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 225-251.

¹³¹⁴ Injonction ancienne, même avant 1968 la question de la réussite universitaire et du lien à un métier agitaient les cercles universitaires et administratifs. Elle est peut-être devenue plus pressante via une mise sous pression budgétaire. Christelle DORMOY-RAJRAMANAN, « L'ouverture de l'Université vers le monde extérieur autour de 1968 : entre consensus partiel, polarisation et compromis », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 15-32.

¹³¹⁵ Si les directeurs médecins constituent indéniablement des soutiens indispensables au passage en sélection en médecine, cela ne signifie pas que les directeurs techniques kinésithérapeutes soient absents du processus. Le directeur technique de l'IFMK D (avant d'en prendre la direction) parle ainsi du processus à la première personne : « *Je trouvais qu'il fallait aller vers ces sélections et le professeur [DV, PU-PH chirurgie orthopédique] était d'accord, du coup il m'a dit d'aller voir comment ça pouvait s'organiser avec le professeur [DC, doyen de la faculté de médecine, PU-PH chirurgie vasculaire]* » (entretien 17/01/2022).

¹³¹⁶ Durant la dernière décennie 2010 des concours, les tarifs d'inscriptions étaient autour d'une centaine d'euro, avec entre 1000 et 3000 candidats. De plus, certaines écoles avaient des préparations aux concours intégrées, là encore payantes et participant à l'équilibre budgétaire des structures.

de revenus, ce qui freine certaines directions¹³¹⁷. Si des directeurs médecins influents dans des facultés de médecine de province ont favorisé la sélection commune, d'autres directeurs médecins peuvent, à l'inverse, se montrer soucieux de distinguer la filière médicale noble de la filière des auxiliaires. Ils peuvent contribuer à bloquer ces accords, notamment en s'opposant au sein du syndicat des directeurs d'instituts¹³¹⁸. Cette opposition reste cependant plutôt faible : ces médecins sont rarement en position de pouvoir au sein du monde médical¹³¹⁹ et leur nombre à la tête des IFMK va en diminuant.

Pourtant, du côté des directeurs kinésithérapeutes aussi les modalités de sélection divisent. Tout juste émancipés d'une tutelle médicale, certains ne souhaitent pas se retrouver en négociation avec les facultés de médecine, d'un poids autrement plus important que le leur¹³²⁰ :

« La fac de médecine elle mange tout le monde. Les médecins quand tu rentres, c'est eux les patrons. Les écoles deviennent des annexes de la fac de médecine [...] parmi ces directeurs kinés, ils étaient bien embêtés, il fallait connaître l'université avec laquelle tu allais « être maqué » pour avoir ses candidats [...] En retournant en fac de médecine on se remet un anneau dans le nez, quand tu leur donnes 3 UE [unités d'enseignement] tu perds du pouvoir. »
Entretien avec le directeur (kinésithérapeute) de l'école P, privée parisienne, 18/06/2021

Du côté des directeurs kinésithérapeutes, ce sont ceux à proximité des facultés de médecine les plus puissantes (parisiennes ou grandes facultés historiques de province comme Montpellier) qui sont les plus réticents à ce rapprochement. Dans ces situations, où les relations de domination sont exacerbées, les directeurs kinésithérapeutes sont peu enclins à se rapprocher d'une médecine menaçante pour leur autonomie tout juste acquise (menace imagée ici par l'allusion au bœuf de trait, « *se remettre un anneau dans le nez* »).

Une forme de troisième voie est alors expérimentée à partir des années 2000 par l'IFMK A. Celui-ci obtient une dérogation pour réaliser un recrutement universitaire qui présente la particularité de ne pas s'effectuer seulement suite à une première année de médecine, mais via un recrutement plurifilières : médecine, biologie et STAPS. Ces choix, qui tiennent là encore aux particularités d'acteurs détaillées au chapitre 4, nécessitent, de la part des directeurs d'IFMK, des capitaux sociaux (connaître les multiples interlocuteurs) et culturels (connaître le fonctionnement et les enjeux spécifiques à chaque filière) importants. D'autres IFMK emboîteront le pas à cette expérience, même si ces négociations avec plusieurs filières sont parfois difficiles pour des directeurs d'écoles de santé souvent éloignées de l'université et ne délivrant pas, jusqu'en 2015, de crédits ou de grades universitaires.

¹³¹⁷ Ce frein traverse le clivage privé/public, certaines écoles publiques comme celle de l'AP-HP conservant le concours jusqu'au tournant des années 2010, comme source de revenu d'appoint important en sus des financements régionaux. Ainsi le directeur technique de l'IFMK D déclare : « *mon directeur des ressources humaines il a fait la gueule. Mais bon, c'était comme ça* » (entretien du 17/01/2022).

¹³¹⁸ J. M. LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine », art. cit.

¹³¹⁹ Certains conseils d'administrations d'écoles privées comptent des « mandarins » hospitaliers, mais les directeurs médecins eux-mêmes sont souvent sans postes universitaires ou chefferies de service.

¹³²⁰ J. M. LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine », art. cit.

Entre 1989 et 2015, les directeurs d'IMFK, de plus en plus souvent kinésithérapeutes, obtiennent quelques marges de manœuvre quant aux modalités de sélection de leurs impétrants. Ces marges sont obtenues grâce à l'incursion d'acteurs administratifs dans l'univers des écoles de santé (ministère de la Santé notamment, qui régleme le concours privé ou autorise des sélections universitaires), ce qui affaiblit la tutelle médicale. Certains directeurs en profitent pour rester à distance des facultés de médecine, en conservant un recrutement autonome et en sélectionnant par concours, tandis que d'autres en profitent pour renégocier leur relation avec les facultés de médecine et passent par un recrutement commun. Ce n'est pourtant qu'après 2000 qu'au milieu de ces choix singuliers, une troisième voie deviendra la voie de sélection légitime : une sélection universitaire au sens le plus large (mais au sein de disciplines vues comme proches). C'est finalement cette formule, qui désamorce les différentes tensions engendrées par une relation trop visiblement duale et asymétrique avec la médecine, qui s'imposera.

Le recrutement suite à une première année d'étude universitaire, des expérimentations longues qui mènent à une institutionnalisation en 2015

De 2000 à 2015, le recrutement universitaire progresse dans les IFMK et devient majoritaire entre 2005 et 2010. Pourtant une diversité persiste : certains ont des accords de recrutement uniquement avec des facultés de médecine, d'autres avec plusieurs filières (notamment quand les transformations internes à l'université permettent de dégager un interlocuteur unique au-dessus des composantes facultaires). D'autres, enfin, conservent la voie traditionnelle du concours. Pourtant celle-ci est menacée de disparition à partir de 2010 et la volonté politique d'universitarisation des filières paramédicales (chapitre 4) associée à la mise en place des orientations post bac via des plateformes (APB, parcoursup). Le format du concours devient alors incompatible avec ces évolutions : pas assez « égalitaire » (au sens où il est préparé dans des officines privées) et n'apportant pas de reconnaissance académique (il ne permet pas la délivrance d'ECTS). Dans le même temps, du côté des kinésithérapeutes, la diversité qui s'est créée entre 1989 et ce tournant 2010 ouvre plusieurs perspectives : lien renouvelé à la médecine et intégration complète au dispositif MMOP (Médecine maïeutique, odontologie, pharmacie) avec un alignement des modalités de sélection sur ces professions ou poursuite dans la voie de l'IFMK A de sélection des étudiants après divers parcours universitaires. A l'inverse, l'exemple infirmier, brandi par les acteurs administratifs rencontrés à la DGOS, ouvre la possibilité d'une disparition à la fois du concours et de la sélection universitaire qui seraient remplacés par une sélection post bac directe¹³²¹ (permettant une harmonisation des cursus d'auxiliaires).

¹³²¹ Les étudiantes infirmières sont ainsi recrutées via « parcoursup » depuis la rentrée 2019.

Par rapport aux périodes précédentes, la représentation des kinésithérapeutes s'est affermie. Les directeurs médecins ont quasiment disparu et le syndicat des directeurs, le SNIFMK¹³²², ne regroupe que des kinésithérapeutes¹³²³. Les étudiants disposent d'une association les représentant depuis 2002, la FNEK (qui sera étudiée au chapitre 6) et des représentants ordinaires apparaissent à partir de 2007, en plus des représentants syndicaux historiques. Or ces acteurs visibles se retrouvent sur un point : le recrutement universitaire est plus favorable que la sélection post bac, car il permet d'accéder de fait à une 4^{ème} année d'étude (une année de recrutement universitaire et trois années en école)¹³²⁴. Cet allongement déguisé de la durée de formation est vu comme un attribut extérieur justifiant une meilleure reconnaissance du travail. Face à ce front commun, quelques directeurs conservent des réserves :

« [suite au passage en recrutement en PACES] on a des arrêts [de cursus de kinésithérapie] que nous n'avions jamais enregistrés. C'est à dire une [étudiante] sur 95 [...] C'est énorme ! C'est énorme quand on a l'habitude de ne jamais en avoir et que vous avez l'habitude d'avoir un concours ou vous avez 3000 candidats pour 95 places et qu'ils ont tous envie de faire kiné, comprenez, moi j'ai du mal à comprendre pourquoi il y a quelqu'un qui me dit au bout d'un mois et demi, je veux faire chirurgie thoracique. On a rien à voir avec ça. Rien. Ça c'est le problème. Ça, ça va être à mon avis un problème qui va se développer [...] La difficulté que sera, qui est la nôtre, est d'avoir une visibilité dans la sélection, une visibilité dans la formation. Parce que cette invisibilité [le recrutement parmi les professions médicales] nie notre identité de formation... Si on est plus visible, on est plus présent. Si on est plus présent au niveau de la formation, on le sera pas au niveau professionnel »

Entretien avec le directeur de l'IFMK M privé de province, 20/03/2019

Cette mise en avant d'une kinésithérapie comme activité distincte et distinguable (« visible ») de la médecine est à rapprocher avec la trajectoire personnelle de ce directeur. A la suite du départ du directeur médecin au tournant des années 2000, la première directrice kinésithérapeute (dont il était l'adjoint), puis lui-même, ont obtenu des grandes libertés d'action au sein de l'établissement. Il est seul maître à bord de son institut, choisissant ses enseignants, assumant les choix budgétaires courants et l'orientation à donner à la formation. Il ne rend des comptes qu'au conseil d'administration de l'association, à travers des réunions espacées (pas plus de quelques-unes par an) et un rapport d'activité financière. La plupart des membres de ce conseil d'administration sont d'anciens médecins hospitalo-universitaires (certains présents depuis la fondation de l'école), ainsi que quelques médecins plus jeunes les ayant remplacés dans les services hospitaliers locaux (PU-PH de MPR notamment). Dans les faits, des entretiens avec

¹³²² Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie.

¹³²³ Ils peuvent parfois diriger les structures mutualisées rassemblant différents paramédicaux. A noter toutefois que ce sont plutôt les cadres infirmières qui ont profité de ces rassemblements pour s'imposer à la direction « d'instituts de formation aux métiers de la santé » qui regroupent infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignantes... Ces dernières constituent ainsi une tutelle administrative contribuant, par effet repoussoir, à éloigner les kinésithérapeutes du modèle d'écoles hospitalières et à les faire se rapprocher de l'université. Quand la direction officielle n'est pas tenue par un kinésithérapeute, c'est alors le directeur pédagogique (kinésithérapeute) qui est invité au sein du SNIFMK (le syndicat des directeurs d'IFMK).

¹³²⁴ J. M. LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine », art. cit.

deux membres du Conseil d'Administration montrent une grande latitude laissée au directeur¹³²⁵ dans la mesure où le budget est tenu et que l'école alimente régulièrement les services locaux de rééducation en stagiaires, voire en jeunes professionnels.

Le rapprochement avec l'université semble de nature à contraindre la liberté de ce directeur¹³²⁶. De ce fait, dans la lignée des réticences à la perte financière du concours, se rapprocher d'une structure s'immisçant dans son fonctionnement (l'université choisit ses dates d'examen, de correction, fournit les listes des étudiants sélectionnés à ses dates et heures) et devoir négocier avec elle constituent autant de repoussoirs.

Ces directeurs semblent minoritaires après 2010, et leur point de vue n'est pas repris par le syndicat des directeurs d'instituts :

« J'essaie de représenter une profession et c'est pas facile. Alors on essaie de fédérer autour de certains thèmes, de faire voter les gens par exemple... L'année d'admission universitaire [...] on l'a fait voter, 40 voix pour, zéro contre. Alors vous allez me dire il y en avait certains qui n'étaient pas là. Ça c'est leur problème. Moi je crois savoir qu'il y en a deux qui n'étaient pas venus justement par rapport à cela, mais on avait pas dit qu'on les ferait voter donc on l'a fait un peu à la sauvage »

Entretien avec le président du SNIFMK, directeur d'un institut privé de province, 21/02/2019

La position en faveur d'un recrutement universitaire a gagné en force dans le cadre d'une tendance plus générale à l'universitarisation des formations sanitaires et sociales¹³²⁷ mais aussi, dans le cas particulier des kinésithérapeutes, grâce à la voie ouverte par l'IFMK A de conventions avec plusieurs filières. Cette voie, reprise progressivement dans la majorité des IFMK à recrutement universitaire entre 2005 et 2015, permet d'atténuer la crainte d'une mise sous tutelle intégrale par la médecine :

« L'idée c'était de ne pas dépendre de la médecine mais aussi d'accueillir des étudiants plus divers. Avec l'idée qu'en médecine on aurait des soignants, en STAPS des gens intéressés par les exercices, l'activité physique et en biologie des chercheurs. »

Entretien avec un ancien directeur (2004-2011) de l'IFMK O, public de province, à recrutement universitaire multiple, 13/06/2021.

« La crainte c'est vraiment de se faire phagocytter par les profs d'UFR APS [aujourd'hui STAPS] ou par les profs de médecine [...] j'avais moins de craintes à l'égard de la biologie, du coup je voulais vraiment plus développer la biologie. D'abord les étudiants étaient... De meilleur niveau que les étudiants qui venaient d'APS... Et ils étaient moins formatés que les étudiants qui venaient de médecine »

¹³²⁵ Lors des entretiens auprès des deux membres (un PU-PH à la retraite et un en exercice), les questions sur l'organisation de la formation n'ont amené que des réponses d'ordre très général, voire le renvoi directement au directeur.

¹³²⁶ Ce positionnement est retrouvé par Eliane Rothier Bautzer au sein des écoles d'infirmières. Si une forme d'universitarisation est souhaitée pour rehausser le prestige de la filière, il s'agit, pour les infirmières, de conserver le contrôle sur leur formation. Eliane ROTHIER BAUTZER, « "L'universitarisation" des formations des professions de santé, dans l'impasse », in *Nouvelles perspectives de la sociologie des groupes professionnels*, Toulouse, Octarès, 2012, p. 215-232.

¹³²⁷ Marc FOURDRIGNIER, « Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible? », *Formation emploi*, 4-108, 2009, p. 67-81 ; Ruggero IORI, « Entre universitarisation et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie », *Formation emploi*, 138, 2017, p. 39-58.

Au-delà de l'image d'Epinal des vertus supposées des étudiants selon leur première année universitaire, ces anciens directeurs soulignent bien la nécessité de concilier la légitimité universitaire (notamment médicale) et des marqueurs de différenciation : la kinésithérapie ne serait pas qu'une sous-médecine.

Appuyé par cette forte majorité visible, le syndicat de directeurs, soutenu par les représentants ordinaires, syndicaux et étudiants¹³²⁸, porte donc ces revendications auprès du ministère de la Santé (administration, notamment DGOS, mais aussi cabinets successifs). Des réunions de travail ont lieu régulièrement, en lien avec la fenêtre d'opportunité ouverte par le processus de Bologne et l'injonction à universitariser les formations des paramédicaux. Les représentants des directeurs et des étudiants (reçus conjointement et engagés sur le sujet¹³²⁹) mobilisent la rhétorique de l'égalité des chances : le concours est payant, préparé dans des officines privées, tandis que la sélection universitaire donne sa chance à tout le monde. Alors que cette sélection via médecine entérine officiellement la fin de l'entrée directe en école à l'issue du lycée¹³³⁰, elle est proposée comme une mesure d'égalité des chances et de démocratisation du recrutement.

Du côté de l'administration, cette demande est reçue avec circonspection : entériner un recrutement universitaire pour les kinésithérapeutes contribue à les distinguer du reste des paramédicaux, à recrutement post bac.

« j'ai parlé d'universitarisation en disant c'est un gros projet et ça consiste à faire des professionnels qui se forment en santé de véritables étudiants comme les autres [...] Le point important c'est de dire maintenant puisque ce sont des étudiants on les fait basculer dans « parcoursup » pour rentrer en formation, c'est à dire que c'est plus le concours d'entrée et là pareil ça commence par les infirmiers, les textes viennent de supprimer le concours d'entrée et déjà vous rentrez par « parcoursup » qui est un dispositif de traitement par dossier [...] L'idée c'est « parcoursup » d'abord pour les infirmiers à la prochaine rentrée et un an après normalement on fait basculer les autres professions dont kiné dans « parcoursup » »
Entretien avec le chef de bureau RH2 à la DGOS, ministère de la santé le 07/12/2018¹³³¹

¹³²⁸ Peu développé ici, les représentants étudiants ont soutenu ce recrutement universitaire, selon la logique de diminution des frais de scolarité (année de licence 1 préférable à une préparation privée), la logique de l'allongement des études favorable à la valorisation de leur diplôme, mais aussi une volonté de plus en plus affirmée d'intégration bien plus forte des IFMK à l'université. Certains de ces traits seront expliqués au chapitre 6 et l'étude de l'émergence de la FNEK.

¹³²⁹ La FNEK a pris position de longue date contre les concours privés. Les étudiants souhaitent ainsi accéder à une reconnaissance de cette année d'étude mais aussi diminuer par ce moyen le coût des études de kinésithérapie.

¹³³⁰ La forte concurrence pour l'entrée en école faisait que, de fait, les lycéens avaient des chances extrêmement réduites d'intégrer une école sans passer par une année de préparation au concours.

¹³³¹ Cet entretien se déroule en 2018 alors que le concours est officiellement remplacé par une sélection universitaire suite à un arrêté de 2015 (pour application à la rentrée 2018). Pourtant, les incertitudes quant à la réforme de l'entrée en médecine en 2018-2019 conduisent ce responsable administratif à repenser le recrutement des étudiants kinésithérapeutes directement après les études secondaires.

D'un autre côté, un nombre important d'IFMK ont localement passé des conventions avec les universités : il peut alors être perçu comme coûteux de s'opposer à ces changements et d'imposer un recrutement post bac, vu comme une régression. Les cabinets ministériels penchent alors pour avaliser le recrutement universitaire, d'autant plus que le taux d'échec en médecine est régulièrement médiatisé¹³³², avec une injonction à trouver des débouchés pour les exclus du concours et à créer des passerelles entre les cursus. En 2015¹³³³, le choix est fait de retenir une sélection suite à une première année universitaire en biologie, STAPS ou médecine¹³³⁴, charge aux directeurs d'IFMK d'établir des conventions de recrutement avec des universités partenaires. La voie de la sélection par concours privé est alors définitivement clôturée et les dernières écoles qui recrutaient selon cette modalité (IFMK parisiens et Montpellier) doivent se ranger à la position majoritaire¹³³⁵.

La protection du titre professionnel puis la sélectivité de la formation a moins été le fait des kinésithérapeutes que le résultat d'enjeux propres à leurs tutelles : s'assurer qu'une thérapeutique reste bien sous le giron médical durant la première moitié du XXème siècle puis s'assurer du contrôle de la dépense de santé via une politique de formation malthusienne à partir de 1981. Les directeurs d'IFMK bénéficient de cette organisation et dirigent des structures d'enseignement supérieur sélectives et recherchées. Entre 1989 et 2015, ils profitent de l'immixtion de l'administration de la santé dans le domaine des formations paramédicales pour renégocier leur sélection. C'est ici la diversité des statuts des directeurs (médecins ou kinésithérapeutes), tutelles (privé, hôpital, université) et configurations d'acteurs qui permet d'explorer des solutions variables, du concours autonome à la sélection commune avec la filière médicale.

Cet héritage historique permet, en 2015, aux directeurs kinésithérapeutes de promouvoir la situation de sélection qui semble la plus favorable parmi les possibles explorés par les directeurs d'IFMK, à savoir un recrutement universitaire diversifié¹³³⁶. Ce recrutement permet à la fois de conserver une autonomie de la médecine tout en profitant du prestige universitaire, en permettant une distinction des autres

¹³³² Une recherche sur « Europresse » pour l'année 2015 (année d'adoption d'une sélection généralisée à l'université pour les IFMK) montre au moins 10 articles dans la presse nationale en relation directe avec l'échec en médecine : « A Cluj, le malaise des étudiants en médecine français, Le Monde, 27/04/2015 », « Etudes supérieures, comment choisir sa voie, La Croix, 17/01/2015 », « La sélection des étudiants gagne les facs, Le Figaro, 16/07/2015 », « Médecine : PACES, mode d'emploi, L'Express 09/12/2015 », « Une saison en ENFER, L'Express, 21/10/2015 », « Du bac à la fac : une véritable réforme est nécessaire, Le Monde, 14/07/2015 », « Quatre parcours pour une réorientation réussie, Le Monde Universités, 05/02/2015 », « Que faire avec un bac S, L'Express, 09/12/2015 », « En finir avec la sélection par l'échec, l'Express, 17/01/2015 », « Retrouver notre « paideia », Le Point, 22/10/2015 ».

¹³³³ Arrêté du 2 septembre 2015

¹³³⁴ L'arrêté du 16 Juin 2015 précise que « le nombre de places fixé par la convention pour les étudiants ayant validé la PACES est prépondérant par rapport au nombre cumulé de places offertes pour les deux autres filières ». Il semble que le nombre de recrutés en médecine ne soit jamais inférieur à 50% des entrants.

¹³³⁵ Les deniers IFMK privés organisant un concours ont tenté d'introduire des actions en justice pour annuler cette décision, mais sans effet.

¹³³⁶ La réforme de la PACES, à compter de 2021, complexifie encore ce recrutement diversifié, introduisant des proportions de majeur ou mineur santé dans les effectifs recrutés « en médecine ».

paramédicaux et en rallongeant de fait la durée d'études¹³³⁷. Cependant, si à la fois le nombre d'étudiants et ces modalités de sélection sont l'objet d'un cadre national, un autre changement apparu en 2006 vient s'immiscer dans le processus de contrôle des impétrants kinésithérapeutes : la décentralisation et la régionalisation du financement des formations paramédicales.

La régionalisation du financement des formations paramédicales : le retour du modèle infirmier

La loi du 13 août 2004¹³³⁸ délègue aux régions le financement des formations sanitaires et sociales. Ce changement est d'abord un délestage d'une charge financière de la part de l'Etat central¹³³⁹ qui conserve la mainmise sur les programmes, les agréments et les quotas d'étudiants. C'est cette mainmise qui permet, au premier chef, la mise en œuvre d'une politique nationale de contrôle du nombre d'étudiants. Déjà évoqué au chapitre 3, la gestion de ce nombre est, en France, du ressort de la DGOS du ministère de la Santé, qui a bien voulu me communiquer l'historique depuis l'instauration des quotas en 1981 :

Année	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Quotas	1853	1762	1726	1642	1543	1533	1508	1506	1466	1466	1466

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Quotas	1466	1466	1466	1466	1466	1466	1419	1369	1314	1336	1406

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quotas	1520	1635	1847	1869	1889	1959	2079	2245	2255	2440	2520

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quotas	2524	2593	2650	2713	2746	2811

Tableau 28 : quotas d'étudiants admis en kinésithérapie par an en France.

¹³³⁷ Les longues durées d'études sont des enjeux importants pour les professions et participent aux hiérarchisations au sein du champ médical.

¹³³⁸ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹³³⁹ « *La progression des besoins risque d'être exponentielle dans les professions sociales et paramédicales. L'État a de la sorte reporté sur les collectivités régionales des dépenses dont on sait qu'elles vont évoluer à la hausse.* »

M. AUTES, « La régionalisation des formations sanitaires et sociales », art. cit.

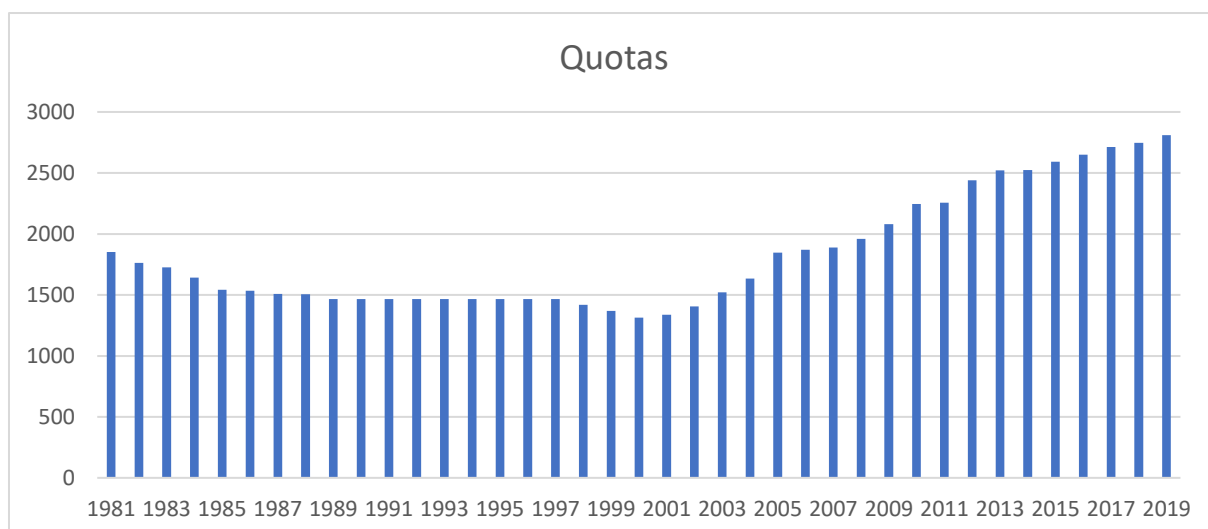


Figure 23 : représentation graphique du nombre d'étudiants en kinésithérapie admis.

Cette courbe rappelle qu'il n'y a pas de politique de la kinésithérapie : la gestion du nombre de praticiens par le contrôle de la formation suit les tendances négociées entre l'administration et la corporation médicale. D'abord la crainte de la pléthore entraîne une restriction du nombre de 1980 à l'année 2000, puis la crainte de la « désertification » entraîne une augmentation du nombre d'étudiants admis en formation¹³⁴⁰, comme pour les médecins (mais aussi les infirmières).

Si cette prérogative de la décision du nombre d'étudiants reste celle de la DGOS du ministère de la Santé, la régionalisation des financements des instituts à compter de 2006 a pourtant un impact, en amenant un nouvel acteur à la table des négociations. Les régions, vont utiliser ce levier du financement pour infléchir les politiques de formation de kinésithérapeutes de manière à répondre à leurs préoccupations. Deux sujets sont alors saisis : l'aménagement du territoire par l'ouverture d'offres de formations supérieures dans les villes moyennes et l'amélioration de l'offre de soin dans ces mêmes territoires.

Jusqu'en 2006, les IFMK sont principalement ouverts dans des grandes villes universitaires. Seuls Berck sur Mer (et son grand centre de rééducation neurologique) et Vichy (l'école est ouverte en février 1941, dans une période où Vichy, ville thermale, abrite le gouvernement de Pétain) font figures d'exceptions historiques à relier avec la proximité des patients à prendre en charge durant la formation (les stages, très importants dans les formations en santé, sont facilités par cette proximité géographique). Sur le modèle médical, les formations historiques des kinésithérapeutes se déroulent donc dans des grands centres urbains, à proximité des CHU, de leurs patients et de leurs professeurs de médecine qui viennent dispenser un enseignement. L'accent est alors mis sur la proximité au savoir indispensable : la proximité au savoir médical légitime permet une formation de qualité. La proximité aux grandes structures de soin permet la rencontre de nombreuses pathologies. Ces conditions permettent aussi le regroupement sur

¹³⁴⁰ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.

ces sites de kinésithérapeutes spécialisés et dotés d’attributs distinctifs (cadres, diplômés universitaires, affichage d’expertises) permettant d’alimenter le corps enseignant.

A partir de 2006 et le transfert de la compétence de la formation paramédicale aux régions, non seulement l’ouverture d’instituts reprend (entre 1980 et 2006 le nombre d’écoles a stagné, hormis les ouvertures de St Etienne¹³⁴¹ en 1993 et Alençon en 2003) mais leur localisation change : ces écoles sont délocalisées dans des villes moyennes.

Instituts ouverts avant 2006	Instituts ouverts après 2006 :
Statut privé n=22 : Vichy, Alençon (ouverture 2003), Dijon, Rennes, ADERF (Paris), Saint Michel (Paris), Danhier (Paris), Assas (Paris), EFOM (Paris), St Etienne, Nancy, Lille (université catholique), Lille (institut Nord de la France), Berck-sur-mer, Limoges (institut Croix-Rouge), Montpellier, Nantes, Nice. Ainsi que les 4 instituts pour déficients visuels (2 parisiens + Limoges et Lyon)	Statut privé n=6 : Bègles, La Musse, Saint Quentin en Yvelines (antenne de l’école d’Assas), Meaux, Nevers, Angoulême (antenne de l’école croix rouge de Limoges)
Statut public n=13 : Strasbourg, Bordeaux, Rouen, Orléans, Besançon, AP-HP (Paris), Saint Maurice (Paris), Grenoble, Lyon, Amiens, Poitiers, Toulouse, Marseille	Statut public n=12 : Mulhouse (antenne de Strasbourg), Fort de France, Saint Pierre de la réunion, Dax, Brest, Reims, Fontainebleau, Melan les muraux, Montbéliard, Limoges (université), Rodez (antenne de Toulouse), Laval.

Tableau 29 : relevé du nombre d’IMFK en France en 2020, ainsi que leur localisation, leur statut et leur période d’ouverture.

Ce changement de localisation des IFMK est dû à la tutelle régionale mais pas seulement. Le dernier IFMK ouvert avant la régionalisation, Alençon, marquait déjà la volonté du ministère de la Santé de délocaliser la formation hors des métropoles. Il y a donc une convergence d’intérêt de différents acteurs administratifs : le ministère de la Santé et les ARS ainsi que des élus régionaux. Du côté des élus

¹³⁴¹ L’ouverture de St Etienne, dans une période de restriction des quotas, a donné lieu, selon sa directrice, à des luttes épiques pour racheter des quotas à des écoles parisiennes pour les transférer à St Etienne et permettre l’ouverture. Des entretiens oraux avec Jacques Monet, sur cette école peu évoquée dans sa thèse, permettent d’accréditer cette version. Dans les années 1960-1970, avant l’instauration des quotas, le docteur Kind, ancien kinésithérapeute devenu médecin, avait ouvert une école parisienne très tournée vers l’ostéopathie. Cette école, relativement éphémère bénéficia toutefois de quotas d’étudiants kinésithérapeutes lors de leur instauration en 1981. Il aurait revendu ces quotas et fermé l’école en fin de carrière, quotas qui auraient servi à l’ouverture de l’école privée de St Etienne en 1993. Ce statut privé est lié justement à la mise de fond nécessaire à son démarrage : si l’initiative semble venir de professeurs de rééducation et de chirurgie du CHU de St Etienne, c’est la structure d’enseignement privée des jésuites de la ville qui a été en capacité d’abonder les fonds. Bien que ce soit le seul cas retrouvé, il semble ainsi que les quotas très resserrés pouvaient s’échanger suite à des négociations commerciales.

régionaux il s'agit d'une volonté « d'équipement » et de « revitalisation » de territoires en perte d'attractivité via l'implantation d'offres de formation dans le supérieur¹³⁴² (bien que la rhétorique de lutte contre la « désertification médicale » puisse être mobilisée). Du côté de l'administration de la santé, il s'agit d'orienter la répartition des professionnels de santé en les inscrivant dès leur formation dans des territoires à densités faibles. Cette convergence d'intérêts explique une flexibilité sur les quotas : les régions poursuivant une politique jugée favorable voient leurs demandes d'agrément de nouvelles écoles et d'augmentation des quotas régionaux d'étudiants kinésithérapeutes (qu'elles attribuent ensuite aux différents instituts de leur territoire) validées par le ministère. Le cadre national reste cependant prépondérant : lorsqu'il y a disjonction d'intérêts entre les acteurs, la DGOS conserve la haute main sur les quotas et peut refuser de nouvelles ouvertures. Mais les pressions régionales contribuent fortement à l'augmentation rapide du nombre d'écoles et du nombre de kinésithérapeutes formés depuis 2006.

Un échec de projet d'ouverture d'IFMK

J'ai pu suivre un projet d'IFMK dans une ville importante du sud de la France (population étudiante, croissance démographique, présence de CHU, absence d'IFMK). Ce projet s'est dessiné au moment de mes entretiens avec les élus, administratifs, directeurs de facultés de médecine et des autres IFMK régionaux. Faisant alors figure de kinésithérapeute « expert » de l'organisation de la formation, j'ai été convié à quelques réunions et entretiens avec les porteurs de projet, notamment un binôme PU-PH de rééducation et directeur de CHU.

Cela m'a permis de constater aux premières loges les velléités distinctes des acteurs, qui convergent ou divergent alternativement :

Le doyen de la faculté de médecine était tiède quant au projet, préférant ne pas déséquilibrer un équilibre délicat dans sa faculté (nombre d'enseignants-chercheurs et puissance respective de chacune des composantes et spécialités). A ce titre le doyen s'est déclaré favorable au projet d'ouverture d'un nouvel IFMK fortement lié à sa faculté, mais sans impulser de dynamique au-delà de sa prise de position. Cela se comprend par la volonté de ne pas laisser l'IFMK hors de son giron en cas d'ouverture, mais sans réel intérêt à ce que le projet se concrétise.

Les élus régionaux souhaitaient obtenir une augmentation du quota d'étudiants kinésithérapeutes, mais plutôt en faveur de création en zone rurale : une formation a ainsi été ouverte en 2013 dans une petite ville de la région. Elle avait initialement été pensée comme itinérante et devait former des kinésithérapeutes alternativement dans différentes petites villes. Si cette itinérance a été abandonnée devant les difficultés pratiques (locaux, enseignants), l'idée d'une formation loin des centres urbains reste la priorité, sur un modèle d'écoles infirmières plutôt que de facultés de médecine.

Le directeur à la formation du CHU impliqué dans le projet et le PU-PH de rééducation local étaient mobilisés pour l'ouverture. Ils ont eu un poids suffisant pour obtenir l'agrément formel des acteurs tièdes (région et doyen de médecine) et un projet a été rédigé et présenté à la DGOS.

Ce dernier acteur a alors refusé le projet en utilisant le double verrou de l'agrément des écoles et de l'autorisation d'un quota. La région en question, au sud de la France, est une région à densité de kinésithérapeute globalement supérieure à la moyenne nationale, une ouverture entraînerait donc en contradiction avec les intérêts ministériels d'homogénéisation de la densité d'offre de soin (voir chapitre 3).

Le manque de convergence entre les projets des acteurs régionaux s'est révélé un frein pour obtenir leur mobilisation complète dans la lutte avec le ministère pour obtenir un quota d'étudiants. L'opposition ministérielle était prévisible, ayant plusieurs fois signalé que le sud de la France était déjà surdoté en kinésithérapeutes, lieu de « migrations d'européens » et de « français en quête de

¹³⁴² Jérôme AUST, Cécile CRESPIY et Audrey VEZIAN, « 4. Sortir des compétences pour investir dans la connaissance: Les conseils régionaux face à l'enseignement supérieur et à la recherche », in *Les politiques régionales en France*, La Découverte, 2011, p. 117-134.

soleil », donc sans nécessité d'augmentation. Pour y faire face, la région n'a pas mobilisé les marges de manœuvres sollicitées en 2013 pour ouvrir l'IFMK souhaité dans une petite ville contre l'avis du ministère. A ce moment-là l'ouverture avait été celle d'une « antenne délocalisée » et non une « création d'un nouvel IFMK », quant au quota d'étudiants, en absence d'augmentation, il avait été demandé aux IFMK régionaux publics déjà en place de céder une partie de leurs quotas au nouvel institut.

Par-delà son échec, qui met en lumière les verrous institutionnels existants, cet exemple montre les acteurs déterminants dans la création d'une structure : le financeur régional, et sa volonté d'équipement du territoire en structures d'enseignement supérieur, et le ministère de la Santé, garant d'une carte nationale de la formation en accord avec les besoins en professionnels. Les kinésithérapeutes, à l'inverse, sont très absents de ces discussions.

Cette volonté régionale d'équipement du territoire se concrétise le plus souvent dans des formes qui entrent en contradiction avec la renégociation, par les kinésithérapeutes, de leur place dans le giron médical. Les régions ont la gestion des professions paramédicales dans leur ensemble et, à ce titre, le modèle est d'abord celui des infirmières. Ainsi, sur les 12 IFMK publics créés depuis la régionalisation, seuls deux sont universitaires (Fontainebleau et Limoges). Les 10 autres sont des IFMK faisant figure de départements au sein « d'Instituts de formation aux métiers de la Santé », c'est-à-dire d'écoles d'infirmières et d'aides-soignantes qui ont changé de nom pour englober ces nouvelles filières¹³⁴³. Ces IFMK sont créés dans les locaux mêmes des IFSI, avec une directrice des soins infirmière à leur tête. La relation soigneusement entretenue par les kinésithérapeutes à l'université et aux facultés de médecine est ici affaiblie. La séparation est géographique (petites villes versus villes universitaires¹³⁴⁴), traduite dans les locaux (cohabitation avec les infirmières et non avec les médecins), budgétaire (budgets répartis et validés par les directrices infirmières et non sur une enveloppe propre ou liée à un département universitaire) et en termes d'encadrement (le modèle du cadre de santé est resollicité alors qu'il a tendance à s'effacer au sein du groupe professionnel des kinésithérapeutes au profit de parcours universitaires). Même si certains cadres kinésithérapeutes, souvent en seconde partie de carrière, peuvent profiter de ces opportunités pour quitter l'encadrement de service de soin et rejoindre la formation, les relations avec les enseignantes infirmières sont mauvaises dans toutes les écoles enquêtées :

¹³⁴³ L'archéologie de ces IFMS n'a pu être réalisée. Une forme de rationalisation budgétaire par les regroupements administratifs depuis la régionalisation de 2004 est possible, appuyée sans doute par la structure juridique du « groupement de coopération sanitaire » créée en 2003 pour favoriser les rapprochements entre structures liées au sanitaire. Un rôle des centres hospitaliers, à travers les réorganisations des organigrammes et hiérarchies en lien avec la rénovation de la filière cadre de santé (1995) et directeur des soins (2002) est aussi à souligner : les directeurs des soins peuvent avoir tendance à renforcer leur position hiérarchique en ne dirigeant pas seulement « leur » IFSI mais en prenant sous leur tutelle les autres instituts de formations paramédicaux (dont les directions sont ainsi confiées à des cadres ou cadres supérieurs). Ces phénomènes sont, en tout cas, concomitants à la régionalisation et mettent en tension les IFMK qui se veulent autonomes ou proches de la médecine.

¹³⁴⁴ Haroun Jamous, dans son analyse contemporaine à la création des CHU, montre ainsi la segmentation forte que cette réforme induit dans la géographie de la santé française : les hôpitaux des villes disposant d'une faculté ou d'une école nationale de médecine sont extirpés de la masse pour devenir des centres d'excellence. Cette partition entre métropoles disposant de CHU et de facultés de médecine et les autres reste une ligne de partage particulièrement forte. H. JAMOUS, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, op. cit.

« Nos étudiants ne fréquentent pas les infirmières, ils sortent avec les STAPS [il existe une antenne délocalisée dans cette ville] ou vont sur [la capitale régionale], mais non ils ne font rien avec les infirmières d'ici »

Entretien avec une cadre formatrice d'une antenne d'IFMK au sein d'un IFMS de petite ville, 22/09/2021

« Ils [la direction de l'hôpital] nous ont rassemblés dans un institut de formation aux professions de santé. Autant vous dire que c'est les infirmières qui dirigent et que les relations sont tendues »

Entretien avec un directeur pédagogique d'IFMK au sein d'un IFMS (ici baptisé IFPS) d'une ville moyenne, 17/01/2022

« J'aimerais monter des projets, mais la profession n'est pas spécialement valorisée dans ces murs »

Entretien avec un directeur pédagogique d'IFMK au sein d'un IFMS d'une grande ville, 01/10/2019

Pour les directeurs kinésithérapeutes issus de la filière cadre, la relation avec les infirmières est difficile car ils se retrouvent en position dominée. D'une part, les étudiants kinésithérapeutes sont moins nombreux que les étudiantes infirmières. D'autre part, la filière de cadres de santé kinésithérapeutes est en perte de vitesse et ces acteurs ne peuvent concurrencer les cadres infirmières pour l'accès aux postes de direction. Pour les nouveaux enseignants kinésithérapeutes passés par l'université, le prestige de la kinésithérapie passe par l'établissement de filières de recherche (parfois autonomes, par le recrutement de docteurs comme formateurs ou responsables de la recherche d'un institut, mais en lien avec l'université le plus souvent). Dans ce cadre, l'ouverture dans des petites villes non universitaires inquiète :

« [Lors du colloque,] la question du rôle de la formation dans la démographie est posée. L'une des intervenantes, directrice d'un hôpital plutôt rural [support d'un IFMK], est nuancée : d'un côté cela donne une visibilité à son hôpital et lui permet de bénéficier de stagiaires, de l'autre, une fois diplômés, les kinésithérapeutes ne semblent pas se diriger vers son établissement et elle fait appel à des kinésithérapeutes étrangers. Lors des questions, l'un des membres de l'assistance, directeur d'un institut de formation public d'une grande ville universitaire de province, demande alors si cela ne va pas à l'encontre de l'intérêt des kinésithérapeutes et de la recherche d'ouvrir des IFMK dans des « petits hôpitaux ». La directrice d'hôpital s'empare alors sur le terme utilisé : son hôpital n'est pas un « petit » hôpital et ils ont tous les atouts nécessaires pour mener à bien la formation des kinésithérapeutes ».

Carnet d'observation, colloque ordinaire « europhysiokiné » de Paris, le 10/10/2019

« Théoriquement le contenu est identique. Théoriquement. Avec des moyens quand même... [différents] [...] Sur [telle petite ville de province ayant un nouvel IFMK] il y a quand même moins de centres de rééducation ou d'équipements hospitaliers que sur Dijon, Lyon ou Paris. Donc là, au niveau de la formation clinique c'est peut-être un peu plus problématique pour la... Les directions de ces instituts qui sont situés en dehors des grandes villes. »

Entretien avec un ancien directeur d'IFMK privé d'une ville universitaire, 23/06/2021

En d'autres termes, les grandes métropoles, les universités et les grands CHU sont perçus par les directeurs d'IFMK comme des attributs nécessaires et une hiérarchisation informelle s'installe entre les « historiques » disposant de ces attributs, et les « récents » qui sont ainsi des « petits » (petites villes, petits hôpitaux, petits effectifs, petite autonomie et soumission aux infirmières)¹³⁴⁵.

Cette crainte de l'alignement de la formation sur un modèle infirmier (formations gérées par les régions) plutôt que médical (formations gérées nationalement) peut entraîner des stratégies contre l'ouverture de nouveaux IFMK de la part des directeurs déjà en place :

« Alors il y avait un bruit qui courait qu'il y avait un projet d'ouvrir [un IFMK dans une ville moyenne] et c'était pour ça qu'ils [les autres directeurs d'IFMK régionaux] avaient demandé d'augmenter [leurs quotas] pour essayer de contrecarrer un projet d'institut [dans cette ville moyenne]. C'est ce que j'ai entendu, moi je venais juste d'arriver, j'ai dit « ah bon ils veulent pas d'institut là bas ? » [...] Moi j'ai pris le train en route, j'ai entendu parler de 2-3 trucs mais moi j'ai dit « je demande pas d'augmentation parce que c'est pas possible dans les locaux actuels, vu que je suis pas sûr de caler déjà les K4 [étudiants de quatrième année intra-IFMK, qui se rajoutent aux étudiants des trois années préexistantes avant la réforme de 2015]... Je vais sûrement pas en demander ». Et on [les autres directeurs] m'a fait remarquer « quand même, fait un effort quoi. » Ben non je ne peux pas voilà. »

Entretien avec M. F, le directeur de l'institut I, public, 14/11/2018

Pour les instituts existants, tenter de s'emparer de l'augmentation des quotas permet de lutter contre les velléités de nouvelles créations. Cette politique doit toutefois obtenir l'assentiment de la région, dont les services de formation aux métiers de la santé choisissent à qui attribuer ces nouveaux étudiants autorisés. A la rhétorique de développement des territoires portée par les régions, les directeurs répondent par la rationalité budgétaire : attribuer les quotas aux structures déjà existantes permet d'éviter de nouvelles dépenses en termes de création de locaux, achats de matériel et mise en place d'une équipe pédagogique. Cette rationalité est présentée comme allant de pair avec l'amélioration des qualités de formation tout en augmentant l'offre de formation sur le territoire régional :

« A l'heure de l'universitarisation vas-y mets une école à Bourges toi... quand on parle de Moodle, d'ENT, d'écoles d'universités [d'innovations pédagogiques universitaires]... laisse tomber tu feras pas grand-chose [dans une petite ville] enfin j'ai rien contre [cette petite ville]. Donc en fait, l'idée, c'est que, quand même, ils veulent avoir la meilleure formation, donc dans une métropole on va dire et à côté de ça ils exigent et ils me le répètent tous les jours qu'il faut irriguer les territoires en kiné »

Entretien avec une directrice d'institut public de province d'une ville universitaire, 15/02/2019

« Ils ont voulu créer en [province], il y a une dizaine d'années une succursale [dans une petite ville] qui dépendait de [l'IFMK de la grande ville universitaire régionale]. A l'époque on était contre et je peux vous dire qu'ils sont revenus à l'attaque [quand j'ai pris la direction] parce qu'ils étaient persuadés que je n'étais pas au courant de ça. J'ai vite dit ma manière de penser,

¹³⁴⁵ Cette hiérarchisation rejoint les résultats de Laurence Faure sur les universités de proximité. Si elles peuvent favoriser une certaine ouverture sociale (elle parle cependant plus de « moyennisation » que de « démocratisation »), ces établissements restent pourtant dominés et des « effets ségrégatifs » dus à une formation en établissements à « réseaux courts » sont notés. Laurence FAURE, « Les effets de la proximité sur la poursuite d'études supérieures : le cas de l'Université de Perpignan », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 93.

c'est pas pour ça qu'il y aurait plus de kinés [en zone rurale à l'issu de leurs études]. Alors conseil régional, convention, budget, audit ! Euh... Voilà monsieur. »

Entretien avec un directeur d'institut privé de province d'une ville universitaire, 21/02/2019

La mobilisation des directeurs pour limiter l'augmentation des structures et leur dissémination dans les zones moins prestigieuses se fait avec des moyens limités : échanges entre directeurs puis, éventuellement tenter une concertation avec l'interlocuteur régional. Leur argumentation tente de déconstruire le lien entre IFMK en zones rurales et densités de professionnels de santé en exercice, d'appuyer sur la logique gestionnaire mais aussi de proposer des alternatives à l'ouverture de « petits » IFMK, comme envoyer plus d'étudiants en stage en zones défavorisées ou recruter les impétrants via des conventions avec des universités plus variées du territoire régional. Cette politique n'est pas sans effet : les régions sont les principaux arbitres dans ces ouvertures entre les structures porteuses de projets (centres hospitaliers le plus souvent) et le ministère de la Santé accordant les quotas (assez ouvert pour les régions à faibles densités de professionnels, plus réticent ailleurs). Si les exécutifs régionaux sont sensibles aux injonctions politiques à équiper les territoires défavorisés en structures d'enseignement supérieur (et peut-être en professionnels de santé), ils peuvent l'être aussi aux injonctions à la rationalisation budgétaire rappelées par les directeurs kinésithérapeutes. En confrontant les régions à leurs rôles de financeurs, ces derniers peuvent parfois emporter la décision.

La régionalisation, et l'accélération conjointe de la création d'écoles dans des lieux vus comme dévalorisants est une source d'inquiétude et de mobilisation pour les directeurs kinésithérapeutes. Elle est perçue comme cause d'une baisse de la sélectivité dans leurs structures par concurrence avec d'autres écoles, d'une baisse du prestige si la formation est suffisamment « profane » pour être effectuée loin des lieux de savoir et d'une baisse d'intérêt pour une formation ne promettant plus une place sociale privilégiée et un marché de l'emploi strictement contrôlé :

« Il faut se poser la question de savoir pourquoi les gens vont en Espagne, parce que si on veut répondre à l'afflux de gens qui vont se former en Espagne par exemple en mettant, enfin en ouvrant un IFMK [dans telle ville moyenne] ou un IFMK [dans telle autre], on se trompe [...] Soyons clair, s'il y a augmentation du nombre d'IFMK c'est pour que le quota augmente considérablement, considérablement [...] Et avec le zonage [limitant l'installation en libéral] on en fait quoi de ces étudiants-là ? Parce qu'on ne peut pas non plus ouvrir pour leur dire « n'allez plus en Espagne, on va diversifier » [...] et après vous en faites quoi ? Si vous fermez leur possibilité d'installation, parce que bientôt la Lozère [zone sous dotée] ça va être zone rouge [zone surdotée]... Dans deux ans. On pourra plus s'installer, ça sera zone surdotée [...] La Lozère, aujourd'hui c'est désertique... donc qu'est-ce qu'on en fait de ces étudiants parce que quand même, nous on a vécu... Le plein emploi. On risque de moins connaître le plein emploi. Et ça, ça pose un problème. »

Entretien avec un directeur d'IFMK privé M de province, 20/03/2019

Ces ouvertures sont donc vécues négativement par les kinésithérapeutes acteurs de la formation. Elles éloignent la kinésithérapie du modèle médical pour la rapprocher du modèle infirmier et de ses IFSI

répartis dans de nombreuses petites villes¹³⁴⁶. Pour s'en protéger, les directeurs en place tentent de convaincre les décideurs régionaux du bien-fondé de flécher les quotas d'abord vers les structures existantes. Pour autant, malgré des résistances, les ouvertures récentes montrent bien l'asymétrie de pouvoir : les récriminations des formateurs ne convainquent pas et les kinésithérapeutes sont perçus par les acteurs régionaux plus comme des infirmiers spécialisés que comme des médecins spécialisés. A ce titre, alors que l'ouverture de facultés de médecine dans des petites villes n'est pas envisagée (leur indispensable proximité aux lieux de savoir est plus robustement ancrée), ce n'est pas le cas des IFMK. Ceux-ci peuvent suivre le modèle infirmier et être ouverts dans des villes moyennes. Ainsi de nombreuses créations ont lieu, avec de petites promotions abritées au sein d'instituts infirmiers¹³⁴⁷ (dans des centres hospitaliers publics ou dans les structures Croix-Rouge privées notamment). Par leur opposition à ces politiques, les kinésithérapeutes montrent que, bien que cherchant parfois à s'en distinguer, ils s'alignent fortement sur le modèle médical.

Autoriser l'exercice des diplômés étrangers : à défaut de maîtriser les flux européens, imposer la légitimité du cursus français

La formation française a réussi une clôture sur le modèle médical, via un quota à l'entrée et des orientations de sélection d'étudiants auprès des universités jugées les plus légitimes. Même dans les nouvelles écoles, hébergées au sein d'instituts infirmiers, des conventions mises en place entre les IFMK et les universités permettent de recruter des impétrants en médecine, STAPS ou biologie. Cela amène des étudiants en réussite scolaire, passés par les universités des grandes villes régionales. Pourtant, à côté de ces parcours français, enjeux de luttes, des circulations d'étudiants et jeunes professionnels en provenance d'autres pays européens apparaissent à partir des années 2000. Les formateurs français ne se mobilisent que peu face à ces flux, qu'ils considèrent du ressort de l'Etat central. Cet état de fait s'explique par le manque d'outils à leur disposition pour s'opposer à ces flux (le cadre légal européen impose une politique forte de libre circulation des diplômes) mais aussi par une forme de hiérarchisation implicite des cursus, qui donne la primauté aux cadres de formation nationaux. Ainsi les IFMK restent en position dominante dans la formation des kinésithérapeutes français, garants qu'ils sont de la bonne définition des savoirs de la kinésithérapie hexagonale.

¹³⁴⁶ Le même schéma de hiérarchisation est perceptible dans les métiers de l'éducation où la préparation des concours du second degré se déroule dans les grandes métropoles, tandis que ceux du premier degré sont plus éclatés dans tous les départements.

¹³⁴⁷ A titre d'exemple, le « Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé » de Toulouse compte 168 étudiantes aides-soignantes (1 année de formation), 844 étudiantes infirmières (réparties sur 3 ans de formation), 338 étudiants kinésithérapeutes (sur 4 ans) mais aussi 96 étudiantes ergothérapeutes (sur 3 ans) ou 118 étudiantes sage-femmes (sur 4 ans) et une centaine d'étudiantes en spécialités infirmières (anesthésie, bloc opératoire). <https://ecoles-instituts.chu-toulouse.fr/index.php/le-prefms> accessible le 28/04/2022.

Les directeurs d'IFMK français ne sont donc que partiellement mobilisés dans le processus de contrôle du nombre d'étudiants. Ils ont bien conscience que la fermeture du marché du travail contribue à la valorisation de l'activité qu'ils enseignent, et donc à la sélection d'étudiants en réussite scolaire. Mais, pour eux, ce nombre est à relier à l'adaptation entre l'offre et le besoin de soin, et non pas entre l'offre et le besoin de formation. Quand ils s'en préoccupent, c'est plutôt à leur périphérie immédiate, lorsque des projets d'IFMK régionaux concurrents émergent. D'une part ces structures peuvent menacer plus directement les équilibres locaux (recrutement d'étudiant, budgets alloués par les régions, lieux de stage, multiplication des interlocuteurs avec les universités), d'autre part elles sont à portée de contestation de la part des directeurs de structures en place (via les contacts réguliers avec les responsables ARS ou des conseils régionaux, il est possible d'exprimer une opposition). Cette position explique un relatif désintérêt exprimé par les directeurs français devant les flux d'étudiants européens :

« Enquêteur : Est-ce que dans la région il y a beaucoup de départs d'étudiants qui louperaient PACES par exemple, vers des formations de kiné à l'étranger ?

M. F : Pff j'en sais rien... Comment je saurais ça ?

Enquêteur : Ici c'est pas des choses connues ?

M. F : Nous ce qu'on... nous la seule chose qu'on peut dire c'est que notre recrutement il est à 3/4 PACES [...] [Concernant les diplômés européens,] la DRJSCS¹³⁴⁸, vu que c'est eux qui valident les autorisations, et ils ont dit oui effectivement on en valide tant mais c'est l'Europe faut savoir ce qu'on veut... Oui... OK c'est l'Europe, moi ça me dérange pas »

Entretien avec M. F, directeur d'institut public de province, 14/11/2018

Le relatif désintérêt des directeurs est ici relié à l'absence de visibilité sur ces flux (*« comment je saurais ça ? »*), au moins dans les situations de départs d'étudiants vers l'étranger. Dans le cas de retour, à l'inverse, les directeurs sont plus directement confrontés à ces flux : c'est le cas pour les arrivées, plutôt réduites, d'étudiants venant de l'espace extra européen. Dans ce cas, ces diplômés doivent refaire une partie de leur cursus dans une structure française et le directeur participe au choix des profils qu'il accepte de prendre dans son école¹³⁴⁹. Les flux les plus nombreux concernent pourtant des étudiants européens, qui sont d'abord détectés dans les situations de stages. De nombreux français en formation dans les pays frontaliers peuvent ainsi préférer réaliser leurs stages étudiants sur le territoire national, souvent proche des domiciles familiaux, et se posent ainsi en concurrence avec les étudiants domestiques :

« Petit à petit il y a des... facs espagnoles qui se sont spécialisées dans la formation des français. Et le problème essentiel des facs espagnols, c'est que... Alors c'est purement universitaire, ils ont aucun stage. Et ils arrivent sur le sol français en disant je veux un stage d'un an pour pouvoir valider mes ECTS en Espagne, ça vous avez dû le rencontrer. Donc il y a des hôpitaux qui sont complètement... Enfin qui n'accueillent plus de stagiaires français et qui n'accueillent que des espagnols, comme [dans une ville moyenne de province] »

Entretien avec une directrice d'institut privé de province, 30/10/2019

¹³⁴⁸ Direction Régionale Jeunesse Sport et Cohésion Sociale, devenue depuis 2021 la DRAJES, Direction Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports.

¹³⁴⁹ L'article 27 du décret du 2 septembre 2015 relatif aux études de kinésithérapie prévoit que chaque institut peut accueillir jusqu'à 2% d'étudiants extracommunautaires dans ses effectifs. L'entrée se fait via un concours où l'entretien avec le directeur semble décisif.

« Il y a une concurrence par rapport aux stages aussi donc on se retrouve en situation de... C'est vrai qu'en Espagne j'ai vu un peu les programmes ils sont tout à fait intéressants, on n'a pas grand-chose à leur envier, par contre l'offre de stage clinique, là c'est beaucoup plus compliqué c'est pour ça que... Mais c'est vrai pour les études en Espagne, en Belgique, peut-être en Allemagne aussi, on se retrouve avec voilà des conflits de places dans les... Surtout institutionnelles [dans les hôpitaux], voire en libéral d'ailleurs. Par le fait qu'il y ait des quotas beaucoup plus larges à l'étranger que chez nous [...] [Pour autant,] ici, voilà je n'ai pas eu encore de stages refusés parce qu'un étudiant espagnol ou autre serait... Enfin « espagnol », il y a des [étudiants français locaux] qui se forment en Espagne d'ailleurs... Mais voilà parce que le stage aurait été pris par un étudiant étranger, donc, si vous voulez, on arrive toujours à se débrouiller et avoir quand même une priorité de planification de nos stages cliniques sur le secteur »

Entretien avec un directeur d'institut public de province, 08/04/2019.

Autrement dit la préoccupation porte éventuellement sur la formation hors des murs des instituts, c'est-à-dire les stages. Mais cette inquiétude est tempérée, les capitaux sociaux de ces formateurs dans leur environnement géographique proche font qu'ils présentent des avantages comparatifs face aux filières étrangères : une grande partie de ces enseignants sont toujours issus des filières cadres et ont des contacts privilégiés dans les services qu'ils ont parfois encadré par le passé. Ils peuvent ainsi préempter les places pour leurs étudiants et réserver les lieux de stages vus comme les plus légitimes. Il est d'ailleurs notable qu'en France les instituts s'occupent de trouver les lieux d'accueil en stage (il faut une dérogation à l'étudiant pour réaliser un stage hors des lieux connus de l'institut) tandis qu'en Espagne les étudiants doivent trouver ces lieux par eux-mêmes, se rabattant sur des stratégies de bouche à oreille ou privilégiant des candidatures multiples dans la zone géographique ciblée. Si les stages dans le secteur hospitalier, secteur le plus légitime, dépendent ainsi d'une interconnaissance entre cadres, le changement progressif de profils en faveur d'enseignants universitaires ne semble que peu modifier cette position de force des structures françaises : les parcours de recherche de ces docteurs universitaires est d'abord celui de recherches biomédicales, de mises à l'épreuves de thérapeutiques physiques sur des grandes cohortes de patients. A ce titre, ils ont régulièrement été amenés à rencontrer les cadres des services et à créer des réseaux avec eux pour l'accès aux patients ou la détermination de « protocoles » de recherche applicables dans les services. Les personnels des instituts bénéficient ainsi du maintien d'un réseau favorable, permettant d'assurer des places préférentielles à leurs étudiants.

Il existe pourtant une situation au sein de laquelle ces directeurs sont en prise plus directe avec les formations étrangères européennes : les CRAE, Commissions Régionales d'Autorisation d'Exercice¹³⁵⁰, au sein desquelles un représentant des formateurs est requis.

¹³⁵⁰ Les autorisations d'exercices étaient gérées directement par le ministère de la Santé jusqu'en 2011. La délégation des formations aux régions et la création de l'Ordre ont entraîné la délégation de la reconnaissance des diplômes paramédicaux européens à l'échelon régional. A noter que s'agissant toujours d'équivalences avec un diplôme « d'Etat » c'est bien la DRJSCS, c'est-à-dire l'administration déconcentrée du ministère, qui organise ces sessions (en collaboration avec les représentants des kinésithérapeutes, élus ordinaires et directeurs d'IFMK notamment).

« Alors nous ce qu'on... Je sais pas ce que font les autres régions mais on essaie de pas être laxiste du tout mais d'être très objectif [dans l'évaluation des dossiers des étudiants à l'étranger]. C'est à dire qu'on a bâti des grilles avec toute la formation française, avec le nombre d'heures de stage tout ça, et on compare avec les formations étrangères. Et il y a des formations qui sont plus du ressort du prof de gym qu'autre chose. Et quand c'est comme ça... A la DR [DRJSCS, qui instruit les dossiers d'équivalences] ils sont très réticents, ils ont peur des recours, très, très peur des recours. Et donc, quand on a des doutes, on donne le maximum de mesures compensatoires, avec des stages de 5 semaines dans tous les différents champs cliniques, quelques fois 8 semaines [plutôt que de refuser l'autorisation d'exercice et risquer le recours juridique du demandeur]. »

Entretien avec un directeur d'institut public, cadre de santé, 26/02/2019

C'est dans ces commissions que les représentants des IFMK, souvent leurs directeurs, affichent l'exigence de formation à la française. Ils y constatent leur impossibilité de s'opposer aux formations alternatives (le représentant de la DRJSCS veille au respect des règles européennes) mais s'imposent comme maîtres du savoir nécessaire pour prétendre à être kinésithérapeute en France. Ils ont donc un rôle clé dans l'évaluation des cursus étrangers : c'est essentiellement sur eux que repose la tâche d'évaluer les contenus de formation étrangers et de proposer des durées de stage pour compenser les manques. N'étant pas en mesure de s'opposer à ces flux (la reconnaissance des diplômes est obligatoire au sein de l'Union Européenne, seules des mises à niveau via des stages peuvent être demandées), ils se positionnent plutôt comme les tenants de la formation légitime. C'est cette lecture qui peut expliquer l'inquiétude quant à la perte des lieux de stage, notamment légitimes (les CHU en particulier). Il s'agit pour eux de garder la main sur un lieu d'apprentissage important des savoir-faire, mais aussi de continuer à y afficher la pratique légitime vis-à-vis des autres interlocuteurs de leur écologie professionnelle (médecins et infirmières). C'est cette préoccupation qui conduit aussi les directeurs à s'impliquer directement dans les CRAE plutôt que d'y envoyer un membre de leur corps enseignant. En cas de présence de plusieurs IFMK sur le territoire (cas le plus fréquent depuis la réforme des régions administratives de 2015), les directeurs se mettent d'accord et y vont parfois alternativement. Il s'agit d'y édicter la règle de pratique française dans un contexte de contrôle administratif sur documents fournis par les demandeurs. Ils ne peuvent modeler une grande partie des impétrants selon leurs codes et n'ont pas de moyens de contrôle sur les compétences réelles des impétrants, au-delà des résultats scolaires attestés par des institutions étrangères. Dans ce contexte, l'imposition de mesures compensatoires permet cependant de réaffirmer la primauté et la légitimité des IFMK français : c'est à l'aune des programmes français que sont évalués les autres diplômes.

« Ils [les étudiants à l'étranger] falsifient les carnets de stage, le nombre d'heures de stage. Il y a une réglementation commune à la Catalogne pour les heures de stage. Toutes les écoles ont 900 heures de stage, sauf [« Frontera »] qui miraculeusement a le nombre d'heures de stage qui est celui attendu dans les commissions [d'équivalence françaises]. [...] Ils arrivent avec un carnet, ils ont fait pile-poil en pédiatrie pile-poil en... tout pile poil. En plus ils font des stages en France. »

Entretien avec un président de conseil régional de l'Ordre, membre d'une CRAE et ancien directeur pédagogique d'IFMK, 12/09/2018.

« Au début ça a été un petit peu ardu pour faire comprendre à tous ces braves gens, quand même, qu'il fallait qu'ils fassent des stages hospitaliers. Alors dans les dossiers on avait du mal à faire le distingo entre le « stage pratique » comme vous avez fait au sein de votre IFMK [en réalité les TP et TD] et le stage hospitalier, pour eux c'était pareil. Voilà. Donc alors... Certains sont venus nous voir, notamment [« Frontera »], sont venus par deux fois. Les trois grands pontes, enfin les trois dirigeants [...] en costumes... Les mecs attention... Première fois ulcérés quand même qu'on refuse les diplômes qu'ils délivraient et puis on leur a expliqué quoi. Donc ils sont montés progressivement en charge dans leurs écoles pour arriver à peu près maintenant à avoir le nombre d'heures de stages [...] Vraisemblablement. Je dis bien vraisemblablement parce que... Pour être très honnête avec vous certaines fois on avait l'impression que les pièces administratives qu'on avait... Frisaient la complaisance. Voilà donc... Bon voilà. [...] Nous avons été témoin direct d'une fraude. D'une fraude avérée. Qui a été dépistée par Monsieur BM, le cadre supérieur [du CHU local]. C'était une... Une Française qui avait fait ses études en Espagne et elle avait fait un stage alors dans le cadre de ses études elle avait fait un stage au CHU. Et ce stage avait été refusé. Il n'avait pas été validé tellement c'était mauvais. Bon et monsieur BM se souvenait de cette jeune fille parce que les kinés avaient fait remonter l'information et il dit « c'était exceptionnel qu'on ne valide pas un stage ». Le dossier passe et là... on épluche et on voit qu'elle avait une attestation comme quoi elle avait validé son stage au CHU. Il s'empare de l'attestation et il dit : « attendez c'est un faux ça. C'est un faux. C'est bidouillé ». Donc on reprend contact avec [« Frontera »] parce qu'elle était de [« Frontera »]... Et là... Eux nous disent dans un premier temps effectivement on a eu... Cette attestation par laquelle le stage n'était pas validé mais comme le module c'est trois stages, il y en avait deux de validés et un de pas validé, elle a eu ses Unités valeurs et donc pour nous c'était bon. [...] il y a deux écoles qui ont pris contact avec nous il y a [« Frontera »] et [l'université S]. Et [l'université S] d'ailleurs c'est comme ça que j'ai été amené à enseigner là-bas »
Entretien avec un représentant ordinal de CRAE, docteur d'université, 14/12/2018.

Autrement dit les IFMK français se posent comme gage de la compétence exigée et les structures de formation des pays « exportateurs » s'alignent sur leurs critères d'excellence. A tel point d'ailleurs qu'ils peuvent reprendre partiellement la maquette française et proposer ainsi un nombre d'heures de stage aligné sur l'exigence hexagonale ou qu'ils peuvent débaucher un enseignant français pour quelques heures de formation. C'est en ce sens qu'on peut expliquer l'absence de mobilisation frontale des formateurs français contre la concurrence européenne : les formations étrangères sont placées en position dominée vis-à-vis des formations hexagonales, au vu du sens des flux migratoires. Les soupçons de fraude alimentent ce positionnement, les formations françaises ne sont pas à discuter, alors que l'alignement des formations dominées sur leur schéma est suspect.

Faute de pouvoir réellement s'opposer aux flux étrangers, les directeurs d'IFMK français se positionnent comme des « gate keepers », maîtres du programme menant à l'exercice de la kinésithérapie sur le sol national. Ils ne peuvent ainsi pas vraiment infléchir le nombre, mais tentent d'imposer la vision du savoir et savoir-faire légitime. Si la légitimité est clairement de leur côté, leurs marges de manœuvre sont cependant des plus réduites, en l'occurrence imposer des temps de stage avant de reconnaître l'équivalence.

Ballotés par les changements historiques touchant l'organisation de la médecine et de sa formation, les IFMK français sont soumis à des mesures de clôture du nombre dont ils ne sont historiquement pas à l'initiative¹³⁵¹ : les quotas d'étudiants sont avant tout une mesure administrative visant à limiter la dépense de santé. Pourtant, profitant de ces opportunités, des velléités de contrôles qualitatifs apparaissent et, au terme de luttes entre plusieurs modèles, finissent par conduire à l'adoption d'un recrutement universitaire proche de celui des facultés de médecine. Ce rapprochement d'un modèle professionnel est alors mis en tension par la régionalisation et l'accélération des délocalisations d'IFMK pour « équiper le territoire » mais aussi par la concurrence européenne qui permet à des structures d'autres pays de former les impétrants français. Si les IFMK français les plus historiques et les plus légitimes ne peuvent s'opposer frontalement à ces menaces, ils tentent de se positionner comme dominants vis-à-vis de ces nouveaux acteurs.

b) Clôture incomplète du marché de l'enseignement de la kinésithérapie à travers l'Europe et hiérarchisations

Les attributs professionnels de la formation française sont en grande partie redevables des intérêts convergents avec des segments administratifs (quotas à l'entrée) et de la force du champ médical. À côté de cette alliance française entre la kinésithérapie et ses tutelles existent d'autres modèles européens. Certains, comme le modèle belge¹³⁵², présentent des similitudes avec le modèle français, via la sollicitation d'une alliance avec des segments de l'administration même si les instruments mobilisés sont différents. D'autres, comme les modèles portugais et espagnols, ne connaissent qu'un contrôle administratif faible. Dans cette situation d'absence, c'est la loi du marché qui guide alors les conditions de formation des kinésithérapeutes. Les groupes professionnels portugais et espagnols sont alors très démunis pour parvenir à un contrôle du nombre et du statut de leurs étudiants.

Pourtant, dans tous les cas, les enseignants kinésithérapeutes tentent d'améliorer leur position, ce qui passe par la sélection d'impétrants favorables. Les mécanismes mobilisés, au-delà d'une aspiration commune à plus de reconnaissance de l'activité, montrent alors la faiblesse de la kinésithérapie et sa dépendance aux contingences locales. Si les enseignants belges établissent une forme de contrôle via

¹³⁵¹ Il semble néanmoins que les professionnels en exercice, représentés en 1981 essentiellement par la FFMKR, aient plutôt bien accueillis ces quotas d'étudiants. F. DUCROS, A. BERGEAU, G. COLNAT, F. MAIGNIEN, A. POIRIER et F. RUSTICONI, *Histoire de la kinésithérapie et de la FFMKR. Savoir d'où l'on vient pour déterminer où l'on va*, *op. cit.*

¹³⁵² Le cas belge sera évoqué en rapport avec la situation de la Belgique francophone. Le « plat pays » est en effet divisé en deux entités qui ont peu d'échanges. Les cursus de kinésithérapie néerlandophones sont universitaires et d'une durée de 5 ans. Les cursus francophones sont partagés entre universités et hautes écoles et durent à ce jour 4 ans. Malgré cette durée plus courte (les rendant possiblement plus accessibles) il est flagrant de constater que lors du questionnaire administré aux étudiants de l'UB, les belges se déclarant « flamands » (choix laissé entre « flamands » et « wallons ») étaient extrêmement marginaux (sur 251 étudiants, 4 se déclarent flamands et 4 à la fois wallons et flamands). De ce fait, le cas de la Belgique néerlandophone ne sera pas évoqué, silence justifié par le peu d'échanges avec la France.

une exigence forte de résultats scolaires, ils sont soumis dans un premier temps aux règles belges de l'enseignement supérieur qui leur interdisent de clôturer quantitativement leur formation. Si les enseignants espagnols ou portugais tentent de convaincre leurs directions de limiter le nombre de Français ou espèrent des augmentations d'exigences de la part d'agences de contrôle qualité, cela montre surtout leur soumission à des structures de formations très libéralisées et d'abord pensées sur des modèles de rentabilité commerciale. Le manque de mainmise de ces enseignants sur leur activité entraîne des flux importants d'étudiants et une position dominée dans le marché de la formation des professionnels où le mérite scolaire est une valeur clé.

Le marché européen de l'enseignement supérieur : l'import d'étudiants et l'export de kinésithérapeutes

Le choix de l'analyse des formations belges, portugaises et espagnoles tient au fait que ces pays forment un grand nombre de professionnels (locaux ou français) qui viennent ensuite travailler en France¹³⁵³. Ces flux migratoires sont à relier à une logique de formation en grand nombre : c'est l'excédent de travailleurs formés qui favorise leur migration vers la France et l'excédent de places en formation qui favorise la venue d'étudiants français. Cette logique de faible clôture se traduit différemment selon les pays. L'Espagne et le Portugal comptent des formations privées très soumises à la loi du marché et où les formateurs n'ont que peu d'outils pour influencer sur le choix de leurs étudiants. En Belgique, à l'inverse, la situation initiale de grande ouverture entre en conflit avec les intérêts économiques du ministère de l'Enseignement wallon¹³⁵⁴ qui subventionne tous les cursus de kinésithérapie. Se met alors progressivement en place une convergence des intérêts administratifs et du groupe professionnel vers une augmentation de la clôture de la formation. Si, comme dans le cas français, l'administration a un rôle central dans le processus, les enseignants belges disposent eux aussi d'outils propres à même de moduler le nombre d'étudiants.

Dans les pays de la péninsule ibérique, les directeurs et les enseignants se présentent comme démunis quant au contrôle du nombre au sein du groupe professionnel :

« Ici en Espagne, par malheur, il n'y a pas un contrôle [du nombre d'étudiants] comme dans les pays nordiques. Ils font des études pour dire : « de combien d'ingénieurs avons-nous besoin ? tant, donc tant de places. » Ici ça ne fonctionne pas [...] c'est une chose que l'université ne contrôle pas. Ici il n'y a pas de contrôle de l'Etat, nous sommes comme nous sommes, il y a des époques où... Il y a des diplômés qui ont beaucoup d'élèves, et après la conjoncture économique change et ça baisse. »

Entretien avec un directeur de filière kinésithérapique d'université privée catalane, traduction personnelle, 01/02/2019.

¹³⁵³ CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, op. cit.

¹³⁵⁴ L'enseignement est une compétence communautaire en Belgique, il y a donc un ministère de l'Enseignement wallon et son homologue flamand.

« D'une certaine façon le marché du travail est saturé en kinésithérapie. Parce qu'il y a beaucoup, beaucoup d'offre, il y a beaucoup d'étudiants qui étudient la kinésithérapie et sortent [diplômés], c'est pour ça que le marché du travail est saturé. La régulation du nombre de places c'est une... Disons que c'est du ressort des ordres professionnels. Ils donnent leur avis quand une université propose un nouveau cursus de kinésithérapie. Mais au final c'est la direction générale des universités, à travers ses diverses agences, qui dit oui ou non. »

Entretien avec un professeur de kinésithérapie dans une université privée catalane, traduction personnelle, 28/02/2019.

« Enquêteur : l'ouverture [d'une filière de kinésithérapie publique] c'est une question d'étudiants qui veulent étudier la kinésithérapie ou c'est parce qu'il y a un besoin sur le marché du travail ?

Professeur : non, concernant le marché du travail, non. C'est en tout cas pour les étudiants [ouvrir des places en cas de demande], ou parce que l'université fait une proposition, qu'elle présente au gouvernement central, au ministère de l'Education. Ils doivent faire une étude sur l'adéquation avec la demande de formation, je crois. Et il [le gouvernement central] dit oui. Mais pas à cause du système de santé ou du marché de l'emploi en santé, non. »

Entretien avec une enseignante de la formation de kinésithérapie dans une université publique catalane, 19/06/2019.

Ces témoignages appuient sur l'autonomie des universités, qui peuvent être privées ou publiques, dans leur choix d'ouvrir ou non des filières de kinésithérapie. Il n'y a pas de quotas d'étudiants nationaux, en Espagne comme au Portugal, et les universités sont libres de proposer les cursus. La régulation se passe plutôt au niveau d'une adéquation entre la demande étudiante et l'offre de formation : pour les universités publiques, le financeur étatique vérifie que l'ouverture répond bien à une demande de formation, tandis que, pour les universités privées, la régulation est plus économique (loi de l'offre et la demande permettant d'assurer une rentabilité¹³⁵⁵). Dans les deux cas, une régulation, proche de celle présente en France entre 1970 et 1980, existe quant à l'adéquation entre le nombre de places offertes, le programme proposé¹³⁵⁶, les locaux et le nombre d'enseignants. Elle est le fait d'agences « indépendantes », chargées de « missions publiques » par les ministères de l'Enseignement Supérieur des deux pays.

Aussi bien dans les structures publiques que privées, les enseignants et directeurs rencontrés en Catalogne se positionnent comme employés de leurs universités, sans réel mot à dire sur la politique suivie¹³⁵⁷. Ils agréent cependant à l'organisation habituelle de l'université espagnole pour les métiers non protégés : l'offre de formation doit être la plus alignée possible avec la demande des étudiants, mais

¹³⁵⁵ Hugo HARARI-KERMADEC et Léonard MOULIN, « Postface : De la mise en concurrence à la mise en marché de l'enseignement supérieur », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 91-103.

¹³⁵⁶ Le programme semble être moins imposé de manière nationale qu'en France. Il semble le fruit d'une discussion entre les universités et les agences d'accréditation, où les représentants ordinaires peuvent avoir leur mot à dire pour les diplômes menant à un métier délimité. L'enquête n'a pu être menée sur ce point, mais il semble que ces agences d'accréditation aient un rôle normatif clé pour l'organisation des cursus. Le site d'une agence catalane recèle quantités de grilles et d'items à valider pour de nombreux pans de la vie universitaires (validation d'un plan d'études, validation d'un label académique, évaluation des enseignants, de l'institution, critères qualités...). Voir notamment : <http://www.aneca.es/Programas-de-evaluacion>, visible en ligne le 20.01.2022

¹³⁵⁷ Ce modèle n'est pas sans rappeler celui des universités anglaises, y compris sélectives, où les enseignants sont en lutte avec une « bureaucratie tournée vers le recrutement » pour choisir les impétrants. A. ALLOUCH, « L'ouverture sociale par le marché ? », art. cit.

sans rapport avec un contrôle du nombre de professionnels. Pour les structures privées il s'agit d'un impératif financier : c'est à cette condition que l'université peut exister, et éventuellement réaliser des profits. Pour les structures publiques, l'impératif est plus moral : fournir à un maximum d'étudiants méritants les formations qu'ils souhaitent sans les obliger à se rabattre sur le privé et à devoir payer leur formation. Cette organisation n'est pourtant pas vraie pour tous les cursus. La médecine espagnole, notamment, voit son nombre de places et les universités accréditées pour l'ouverture du cursus très contraints. Dans ce cas, les agences d'agrément espagnoles (et leurs déclinaisons régionales pour les régions les plus autonomes comme la Catalogne) prennent alors l'avis du conseil de l'Ordre des médecins qui, sous couvert d'un contrôle strict des qualifications des enseignants et des propositions de stages, limite les autorisations d'ouverture. Tout se passe comme si la kinésithérapie ne nécessitait pas un apprentissage suffisamment complexe (nécessitant des lieux de stage rares) et savant (nécessitant une évaluation du cursus uniquement par les professionnels) pour que l'Ordre des kinésithérapeutes espagnols puisse s'immiscer dans les organisations universitaires.

Concernant les enseignants eux-mêmes, ils sont contraints par leurs employeurs (les universités) grâce au lien étroit établi entre nombre d'étudiants et postes d'enseignants :

« Chaque année, en fonction de la révision du nombre d'élèves que nous avons, qui vont venir et que nous avons dans les autres formations, se fait une analyse du nombre de professeurs nécessaires. Ainsi, en fonction de ces analyses on peut argumenter de la nécessité d'embaucher des professeurs dans l'équipe »

Entretien avec un directeur de filière kinésithérapique d'université privée catalane, 01/02/2019, traduction personnelle.

Ainsi, dans les formations privées, l'intérêt du corps enseignant se confond avec l'intérêt financier des directions : plus d'étudiants permet d'équilibrer les budgets (cas des privés supportés par des fondations, souvent d'obédience religieuse) ou de réaliser des bénéfices (cas des entreprises lucratives), tout en embauchant des enseignants pour réaliser la prestation vendue. Moins criante, cette approche reste aussi vraie dans le public où la demande étudiante supporte les vellétés d'ouvertures et de financements de formations publiques. S'ils veulent améliorer la visibilité de leur discipline et que les départements de kinésithérapie croissent dans les universités, il faut alors accepter plus d'étudiants, nonobstant l'impact sur le nombre de professionnels.

Si ces enseignants sont dominés par leurs employeurs, cela ne signifie pourtant pas qu'ils agrèent de bon cœur ce système. Pour une formation à visée très professionnalisante, la déstabilisation du marché du travail est de nature à avoir des répercussions sur la formation et sur leur position, en Espagne comme au Portugal :

« Tu dois savoir que jusqu'en 2000 il y avait seulement 4 écoles publiques de kinésithérapie [au Portugal]. Toutes les autres étaient privées. Et après ce nombre est passé de 4 à 7 [...] Après il y a 13 écoles privées... Donc à partir de 2000 on a commencé à avoir beaucoup de kinésithérapeutes sortis [des écoles]. Et je pense qu'aujourd'hui il y a deux écoles privées qui

ferment [...] En fait ces écoles [privées] ont des problèmes parce qu'ils ne savent pas si la direction va investir dans le cursus ou pas [...] A mon sens le problème c'est qu'il y a plus d'offre publique et les étudiants... Il y en a moins qui choisissent kinésithérapie. Il y a moins de candidats. Et s'il y a beaucoup d'écoles publiques [alors il y en a moins qui vont vers les écoles privées]. Quand il y a beaucoup de demandes les écoles privées investissent, mais sinon ils ferment parce que ça n'est pas rentable. »

Entretien avec un directeur de département kinésithérapie, école publique portugaise, 23/11/2018, traduction personnelle.

Si, à court terme, la hausse du nombre d'étudiants est vue comme positive et nécessaire à la consolidation des départements de kinésithérapie, l'alimentation sans contrôle du marché du travail peut être perçue comme une menace à plus long terme. Les étudiants français peuvent alors faire office de pis-aller acceptés par les enseignants, qui oscillent entre prudence quant à la pérennité de ces flux et satisfaction de voir les cursus universitaires remplis sans répercussion en termes de pléthore locale.

« Par exemple [l'université privée A], elle est toujours ouverte parce qu'il y a beaucoup de gens qui viennent de France pour la formation. Chaque année ils ont 100 étudiants qui viennent comme ça. C'est pour ça qu'ils sont ouverts. Ils viennent avec une première année [validée en France] et ils font ici la deuxième, la troisième et la quatrième année. Quelques élèves viennent avec quelques Unités d'Enseignements Universitaires faites en France et après ils continuent. L'université [A] prend en compte l'année zéro [PACES] comme une année d'enseignement supérieur et ils accordent l'accréditation avec Bologne de cette année d'étude en France [...] [Ça se fait] parce que c'est une opportunité commerciale. Même pour nous, si nous devons faire ça [accepter des étudiants étrangers pour rester ouvert], nous le ferions, ça rapporte de l'argent. »

Entretien avec un directeur de département kinésithérapie, école publique portugaise, 23/11/2018, traduction personnelle.

« Il y a 160 places [ici], mais il y a pleins d'universités et ça fait que depuis quelques années nous n'avons pas 160 étudiants. Nous en avons 140 ou 115 [entre 1/2 et 2/3 de français], ça fluctue [...] Et je crois que nous sommes handicapés par le fait d'être au cœur de Barcelone, et que la vie y coûte très cher. Aussi bien pour les espagnols que pour les français [...] Je ne crois pas qu'il soit bon de trop faire grossir le monstre, ce n'est pas une chose facile à gérer. Je pense pas que ça soit bon de grossir plus dans la situation du marché de la santé. »

Entretien avec un enseignant de kinésithérapie, école privée catalane, 10/01/2019, traduction personnelle.

Ainsi si ces flux de français assurent la subsistance d'une partie des cursus de kinésithérapie des pays « exportateurs », ces flux ne sont pas sans fin et des logiques de concurrence peuvent exister entre les structures. Si cela incite les administrateurs de ces universités à prospecter d'autres publics (les italiens, de langue latine, disposant d'un pouvoir d'achat et soumis à numerus clausus sont particulièrement visés), cela incite les enseignants à une prudence dans leurs projections. Cette internationalisation de la clientèle universitaire s'accompagne d'une certaine incertitude.

Relativement désarmés, ils évoquent alors l'intérêt de structures d'accréditation, qui pourraient jouer le rôle de garde-fou qualitatif à l'augmentation du nombre de places :

« A l'université [A, privée] cette année je crois qu'ils n'ont pas ouvert de promotion de première année [...] L'agence d'accréditation surveille ça. C'est une agence nationale d'accréditation

des écoles supérieures. Ils [l'université A] ont seulement une année pour faire des changements, sinon ils ferment [...] L'agence il y a trois choses qu'ils regardent pour leur évaluation : le nombre d'enseignants, le pourcentage de kinésithérapeutes parmi eux.... Ils [l'université A] ont plusieurs problèmes : le nombre de professeurs de kinésithérapie avec un doctorat, ils en ont pas beaucoup. Après le nombre de professeurs titulaires, ils n'ont pas assez de professeurs à temps complet sur l'école [...] Je pense que la qualité de la formation [dans les universités privées] ne correspond pas à ce que la profession exige. C'est juste pour du business [...] Ici [dans le public] nous avons deux objectifs principaux la formation des kinésithérapeutes et le développement de la recherche dans la profession. Nous valorisons ça, bien que ça permette d'encadrer moins d'élèves [...] Je ne pense pas que les autres écoles [privées] aient cette division et je pense pas que la qualité de la formation.... Les compétences ne sont pas les mêmes ! »

Entretien avec un directeur de département kinésithérapie, école publique portugaise, 23/11/2018, traduction personnelle.

Dans cet extrait d'entretien, au-delà des tensions entre écoles publiques et privées, le directeur souligne qu'une augmentation de la qualité de la formation est de nature à faire disparaître les écoles les plus fragiles et à limiter ainsi leur nombre. Plus qu'un hypothétique numerus clausus, le durcissement des accréditations est vu comme un outil pour concilier la liberté académique dans laquelle ils ont été socialisés (chaque université a le droit légitime de proposer des cursus), amélioration de la place professionnelle par les compétences (la meilleure formation est présumée améliorer le niveau professionnel) et limitation de la concurrence (seules quelques universités d'élite seront en mesure de proposer un cursus valorisé). La même logique est retrouvée en Catalogne, où l'ANECA¹³⁵⁸, est plébiscitée par les enseignants pour vérifier et améliorer les exigences des formations (des autres universités, le plus souvent) afin de ne conserver que les plus valorisantes.

Aux frontières nord de l'hexagone, si le cas allemand semble se rapprocher des cas ibériques (écoles privées dont le corps enseignant est soumis à une logique de rentabilité, forte dépendance aux flux de français), la situation belge présente des différences notables dans les capacités d'intervention des enseignants.

Là encore les flux de français sont subis mais le mode de financement modifie sensiblement le positionnement des enseignants belges. Ces universités et hautes écoles sont financées par des fonds publics¹³⁵⁹ (régionaux, différents entre les régions flamandes et wallonnes). A ce titre le nombre d'étudiants est à la fois une ressource et une contrainte. C'est une ressource car ces financements sont en partie basés sur le nombre :

« La répartition des financements, entre les universités, dépend très, très, majoritairement du nombre d'étudiants, je pense que c'est 80 % de la clé de répartition qui est basée sur le nombre d'étudiants »

Entretien avec la doyenne de la faculté des sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019.

¹³⁵⁸ L'Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité et de l'Accréditation (traduction personnelle).

¹³⁵⁹ Des structures sont privées (catholiques notamment), mais subventionnées par l'Etat. Les droits d'inscription sont de ce fait uniformes quels que soient les statuts des structures.

Mais c'est aussi en grande partie une contrainte car l'enveloppe allouée chaque année au financement des universités et hautes écoles est limitée. A ce titre c'est bel et bien la répartition de cette enveloppe qui dépend du nombre d'étudiants inscrits et non pas son augmentation.

« La grosse difficulté à laquelle on est confronté c'est que l'enseignement supérieur marche, pour l'instant en tout cas, sur une enveloppe fermée, il y a de temps en temps, quand il y a de nouvelles initiatives, il y a un petit peu d'argent qui vient s'ajouter mais par contre, pour le reste, nous n'avons qu'à nous débrouiller avec ce que nous recevons, donc ça c'est vraiment quelque chose qui est très problématique, c'est que cette question d'enveloppe fermée et cette répartition des financements entre les universités [...] ça crée, qu'on le veuille ou pas, une certaine concurrence entre les différentes universités et on a personne qui va vouloir, par exemple, clôturer ses inscriptions plus tôt que l'autre [au risque de perdre des inscriptions d'étudiants au profit des autres]. [...] Le nombre d'étudiants dans l'enseignement supérieur a globalement augmenté, en communauté, en fédération Wallonie Bruxelles en tout cas, a augmenté de manière importante aussi dans les universités. Et ça, ça implique évidemment une difficulté de financement qui est très importante, et... mais après bon ben voilà c'est, on a légalement pas le droit de clôturer les inscriptions quand les auditoires sont pleins, ça c'est la première chose. Et aussi on a pas intérêt à le faire si les autres universités ne le font pas. »
Entretien avec la doyenne de la faculté des sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019.

Les étudiants français sont à ce titre une population qu'il est nécessaire d'accueillir au sein des structures belges, sous menace de perdre une part des subventions publiques (mais aussi parce que la loi impose aux universités de prendre les inscriptions). Mais c'est un flux qui peut altérer la qualité de la formation en amenant les « auditoires » à un trop plein. Pourtant, à l'inverse des cas ibériques, la formation wallonne fonctionne sur des fonds publics, ce qui permet aux directeurs et enseignants d'attirer l'attention de leurs tutelles sur ces flux.

« Certaines hautes écoles avaient plus de 80 % d'étudiants non-résidents. Et donc en Belgique le... Les frais d'inscriptions à l'université sont annuellement de 835 euros, ce qui est rien, surtout par rapport à ce que ça coûte à la fédération. Enfin et donc au contribuable Belge. Et donc les actions qui ont été prises sont plutôt venues [du ministère] ... Enfin évidemment tout le monde avait réagi par rapport à cette affluence de personnes non résidentes, mais c'est surtout le ministre qui a pris ses responsabilités par rapport aux contribuables qui payent ça. [...] Nos capacités d'accueil sont ce qu'elles sont aussi, donc il y a le fait qu'en Belgique contrairement à la France par exemple, ben on a pas de limitation au niveau du nombre d'étudiants qui peuvent entrer dans ces filières là... La médecine c'est différent maintenant vu qu'il y a un examen d'entrée pour la médecine aussi, mais pour la kinésithérapie il n'y a pas de limitation. Et... voilà on est simplement, on est pas capable de les accueillir... on est pas capable de leur offrir des lieux de stage, on est pas capable de leur permettre... D'organiser les activités... obligatoires ou non pour un nombre d'étudiants qui est... si important, donc... Et ça c'est quelque chose effectivement qui... Pour toutes les institutions pose des problèmes. »
Entretien avec la doyenne de la faculté des sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019.

Dans le cas belge, ce marché de l'enseignement supérieur, à frais d'inscriptions modestes et régulés, est plus un « pseudo marché », le capital économique n'y joue pas son rôle d'arbitre habituel. Le caractère subventionné de la formation change ici la donne, et intéresse l'Etat à sa régulation¹³⁶⁰.

¹³⁶⁰ Jacques CREMERS, « Préserver un enseignement supérieur de qualité et de proximité pour les étudiants de la Communauté française : limitation à 30 % du nombre d'étudiants non-résidents », *Kinésithérapie, la Revue*, 6-53, 2006, p. 6-9.

En Belgique c'est donc l'ARES¹³⁶¹ (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieure) qui a pris en charge l'organisation d'une régulation quantitative. Pour les kinésithérapeutes, à compter de 2006, seuls 30% de non-résidents sont acceptés, via tirage au sort¹³⁶². Cette mesure est justifiée par les responsables de l'ARES comme nécessaire pour « *prévenir la saturation et la dépréciation de la qualité de l'enseignement* » mais aussi pour éviter « *les risques de pénurie en matière d'offre de soins de santé en favorisant le maintien d'une proportion suffisante de diplômés [domestiques]* »¹³⁶³. Pourtant cette mesure ouvre une brèche dans le droit européen en instaurant une discrimination entre différentes classes de résidents européens. Aussi, la Belgique se retrouve-t-elle à devoir justifier cette mesure auprès de l'Union Européenne¹³⁶⁴. Si les enseignants belges (via les doyens élus parmi eux) font office d'agitateurs, soulignant la difficulté à assurer des cours à des nombres croissants d'étudiants dans un contexte de budget limité, ils disposent d'autres armes pour contrôler le nombre d'étudiants : la validation des unités d'enseignement et du passage à l'année supérieure.

Alors que cet outil semble peu mobilisé du côté des enseignants ibériques (dans les écoles privées l'étudiant-client-payeur semble créer un climat défavorable à une sélection trop forte à l'issue d'années de scolarités payées) il l'est bien plus côté belge.

	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015
1 ^{er} année	1344	1496	1377	1242	1356	1565	1935	2089	2023	1952	1996
2 ^{ème} année	636	880	885	835	832	794	838	973	945	945	1120
3 ^{ème} année	468	565	806	805	718	682	603	649	740	740	834

¹³⁶¹ Organisme régional (région Wallonie Bruxelles) dépendant du ministère de l'Enseignement Supérieur, l'ARES a un statut d'agence et organise les politiques d'enseignement supérieur en servant d'interface entre ministère et institutions d'enseignement supérieur. Si l'ARES établit les quotas (en fonction du nombre d'inscrits de l'année précédente) et procède aux tirages au sort, le décret « non-résidents » est bien établi par le ministère.

¹³⁶² Ce taux est aussi de 30% pour l'orthophonie et de 20% pour la filière vétérinaire. A noter que si, pour médecine, un quota de non-résidents avait été pensé initialement, celui-ci se révèle peu effectif depuis l'instauration d'un concours à l'entrée en médecine, sur le modèle français, à compter de 2015. Les étudiants français se détournent depuis de cette filière belge devenue sélective à l'entrée. Pour le cursus de kinésithérapie aucun concours à l'entrée n'existe malgré le positionnement favorable des enseignants rencontrés.

¹³⁶³ Communiqué de presse d'ARES, 25 Aout 2017.

¹³⁶⁴ Un premier arrêt de la cour de justice européenne du 14/04/2010 juge que le droit européen « s'oppose à des mesures comme celles contenues dans le décret régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur, adopté par la Communauté française de Belgique » (affaire C-73/08 N. Bressol e.a. et C. Chaverot e. a/Gouvernement de la Communauté française). Cependant, l'argument des autorités belges faisant valoir un risque pour la santé publique, du fait d'un manque d'installation de ces étudiants formés sur le territoire belge, semble avoir porté. Bien que tous les recours ne soient pas purgés à ce jour, la cour européenne a alors reporté sur la cour constitutionnelle belge le soin de vérifier si le tirage au sort des non-résidents était bien de nature à assurer le pays contre le risque de pénurie de soignants. Pour en savoir plus lire notamment <https://europaforum.public.lu/fr/actualites/2010/04/cjce-etudiants/> Accessible le 12/10/2021.

4 ^{ème} année	519	467	554	561	784	697	656	586	638	638	734
---------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tableau 30 : décompte du nombre d'étudiants inscrits en kinésithérapie dans la totalité des hautes écoles belges, de 2004 à 2015.

Pour faciliter l'analyse et le suivi d'une « promotion », une lecture en diagonale, identifiée par des couleurs distinctes, est possible¹³⁶⁵.

Ces données sur 10 ans montrent que « l'écémage » en hautes écoles belges est très important, et limite drastiquement le nombre d'étudiants réellement diplômés chaque année. Ce mode de contrôle du nombre, moins prédéfini sans doute que le numerus clausus montre malgré tout son efficacité.

En France c'est une conjonction d'intérêt entre administrations et syndicats pour un contrôle du marché du travail qui s'impose aux directions d'IFMK et justifie un quota strict. En Belgique, l'inquiétude principale porte sur le financement (public) des formations en cas d'afflux trop important d'étudiants, plus que sur le financement du secteur de la santé¹³⁶⁶. Dans ce second cas, à la mobilisation des autorités administratives de l'enseignement supérieur, qui instaurent un quota pour les non-résidents, se surajoute une logique de sélection qualitative de la part du corps enseignant. A l'image du cas français, mais selon des acteurs un peu différents, il y a donc alliance entre segment de l'administration (qui fixe un quota d'étudiants étrangers) et segment du groupe professionnel (les enseignants qui sélectionnent sévèrement selon les résultats scolaires) pour maîtriser le nombre d'impétrants et contribuer à la clôture partielle de la formation.

A l'inverse, en Espagne et au Portugal c'est la complémentarité entre libre marché et administration pour assurer une bonne adéquation entre demande étudiante et offre de formation qui s'impose aux directeurs de filières de kinésithérapie et limite le contrôle du nombre. Cette dernière alliance est donc nettement moins favorable au développement d'attributs professionnels, le marché du travail pouvant être beaucoup moins aisément clos. Les enseignants, piliers des groupes professionnels, sont, dans ce cas, contraints de suivre cette logique de croissance du nombre.

¹³⁶⁵ Le jeu de données fourni par l'ARES belge allait jusqu'en 2019. Néanmoins à compter de 2015 les données sont plus éclatées, les jeux des modules, rattrapages, passerelles, qui semblent s'être raffinés, font qu'un grand nombre d'étudiants sont inscrits en kinésithérapie mais sur des années indéterminées. Il n'a pas été possible de se procurer des données similaires du côté des formations de kinésithérapeutes en université, notamment par le fait que les étudiants sont enregistrés comme inscrits en « licence » ou « master » quelle que soit l'année réelle de formation.

Par ailleurs, il est à noter que ces données ne distinguent pas les redoublants des validations immédiates des années. Seuls les étudiants acceptés pour chaque année d'études sont ainsi renseignés (la sélection est sans doute encore plus sévère que ne le laisse apparaître le nombre d'acceptés en 2nd année, certains pouvant y arriver après plusieurs tentatives).

¹³⁶⁶ Celui-ci est assez nettement découplé du secteur de l'enseignement. Des tensions au financement du système libéral de santé existent aussi en Belgique, mais la solution adoptée jusqu'à présent a été celle du « gel » du nombre de nouveaux conventionnements (numéro INAMI), indépendamment du nombre de diplômés.

Malgré les différents contextes nationaux, des tentatives pour choisir les meilleurs étudiants

Si les enseignants peuvent se voir contraints dans le nombre d'étudiants à accueillir (à minima pour les premières années dans le cas belge), un autre enjeu de formation est la sélection qualitative des étudiants. Là encore Belgique et pays ibériques se distinguent dans l'efficacité des outils mis en œuvre, pourtant, tous aspirent à recruter des étudiants à profils favorables. Au-delà des implications en termes de professionnalisation de l'activité, ces mobilisations ont un but de distinction interne à l'espace de la formation de kinésithérapeutes. Il existe un processus de hiérarchisation informel, favorisant les structures obtenant des étudiants en réussite scolaire. L'institution d'accueil, le processus de sélection ou la localisation géographique sont autant de facteurs qui contribuent à étiqueter les étudiants comme méritants et leurs structures comme légèrement plus prestigieuses.

Dans le cas belge, les politiques d'écrémage des équipes enseignantes au fur et à mesure des années de formation ont des effets qualitatifs sur les étudiants conservés ou exclus. Ces effets d'exclusion peuvent être regrettés par leurs promoteurs mais sont dans le même temps signalés comme indispensables pour obtenir des kinésithérapeutes ayant les « compétences » souhaitées :

« La Belgique n'ayant pas de baccalauréat à la fin du secondaire, le niveau de formation des étudiants est très, très, différent [entre les étudiants]. Nous nous retrouvons effectivement avec des étudiants qui s'inscrivent chez nous qui ont de très bonnes bases de formation scientifique, qui maîtrisent le français parfaitement etc. mais nous en avons aussi qui n'ont pas du tout un bagage suffisant même s'ils ont suivi une filière scientifique dans le secondaire [...] On a quand même un nombre d'échecs très important d'étudiants qui, finalement, sont, après quelques années, obligés de quitter l'université ou de se réorienter vers d'autres types d'enseignements... Et pour cette raison là, je trouverais bien qu'on trouve un moyen de... De réguler peut-être pas le nombre mais de réguler en tout cas les compétences des étudiants à l'entrée. »
Entretien avec la doyenne de la faculté des sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019.

Ainsi les enseignants belges établissent un niveau d'exigence dans les résultats scolaires qui permet une diminution du nombre d'étudiants : certains ne valident pas leur année. Cette sélection ne s'appuie donc pas sur le critère de nationalité mais sur l'excellence du capital scolaire :

« Je me demande aussi dans quelle mesure il n'y a pas une présélection, ne serait-ce que par le fait qu'un étudiant français venant étudier en Belgique, il doit déjà avoir une sacrée motivation, que s'il est tiré au sort il a une motivation peut être encore supérieure [...] donc je pense qu'on a affaire à des étudiants qui sont particulièrement motivés pour les études de kinésithérapie, ce qui sera peut-être pas le cas de tous les étudiants qui s'inscrivent en premier bachelier [première année], qui sont belges et qui ne savent pas trop quoi faire et qui se disent bon ben la kiné ça à l'air chouette et puis qui se rendent compte que c'est peut-être pas tout à fait leur orientation privilégiée. »
Entretien avec un enseignant de kinésithérapie de l'UB, 08/02/2019

Bien que cet écrémage soit d'abord fondé sur les résultats scolaires, des effets différenciés par nationalité sont perceptibles via les taux d'échecs plus importants des étudiants belges :

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Abandons de français	5,5%	5,3%	4,6%	2,7%	3,2%	5,6%	5%	7%	6,5%	6,7%	5,9%
Abandons de belges	7,8%	10,2%	11,3%	8,9%	9,7%	10,6%	11,2%	11,7%	9,8%	8,3%	7,4%
Redoublements de français	13,6%	15,7%	11,1%	10,5%	10,1%	14,3%	16,2%	19,1%	19,7%	17,2%	17,1%
Redoublements de belges	25,5%	32,8%	34,5%	33,6%	34,5%	34,4%	33,7%	34,8%	28,9%	29,9%	28,9%
Total d'étudiants français	2212	2582	2575	2390	2024	1700	1511	1547	1591	1632	1685
Total d'étudiants belges	709	768	1002	1216	1614	1986	2460	2680	2693	2795	2916

Tableau 31 : décompte des pourcentages d'abandons et d'échecs par année (et sur la totalité des années d'études¹³⁶⁷) durant le cursus de kinésithérapeute dans les hautes écoles belges¹³⁶⁸.

Si le critère de sélection qualitative au cours du cursus est la réussite aux examens, il a des effets différenciés selon les nationalités. Cela semble montrer que les étudiants français arrivent en Belgique avec un capital scolaire important, leur permettant une certaine réussite dans ces études supérieures. Il s'agit là d'une conséquence imprévue de la politique de sélection par les résultats universitaires. Cela n'empêche pas ces enseignants de montrer une certaine préférence pour les étudiants locaux :

« Nous avons... Ces dernières années une... Belle augmentation du nombre d'étudiants belges qui rejoignent notre filière kiné, c'est d'ailleurs une très grande satisfaction parce que ça montre que la filière est attractive. Et qu'elle est de bonne qualité. Je sais qu'il y a beaucoup de forums et autres où des informations peuvent éventuellement circuler pour des étudiants étrangers, mais je pense que l'augmentation du nombre d'étudiants belges, pour nous, est vraiment une grande satisfaction parce que ben voilà ça se... Ça se dit qu'on fait bien notre job »

Entretien avec la doyenne de la faculté de sciences de la motricité de l'UB, 08/02/2019.

¹³⁶⁷ Les abandons sont plus fréquents durant la première année d'étude. Les redoublements sont plus nombreux durant cette même première année, mais restent importants à l'issue de la deuxième année. Ils sont plus rares par la suite.

¹³⁶⁸ Données fournies par l'ARES et retravaillées pour extraire les nationalités au sein des redoublants et des arrêts.

Leur mission est bien de former localement et de contribuer au rayonnement de leur discipline via la sélection et la formation des meilleures recrues. La préférence nationale est d'abord marquée par le tirage au sort des non-résidents, organisé par l'administration de l'enseignement supérieur, mais la sélection qualitative pratiquée par les enseignants, écrase la volonté de sélection nationale au profit des impétrants les plus favorisés scolairement¹³⁶⁹. Les étudiants français, plutôt en réussite scolaire, contribuent alors à valoriser la formation. L'un des aiguillons en ce sens est la volonté de distinction de l'université vis-à-vis des hautes écoles :

« Nous considérons que la formation qu'on obtient à l'université est tout de même plus orientée sur l'acte intellectuel que sur l'acte [technique]... En commun [avec les hautes écoles] on a [malgré tout] une bonne éducation dans l'acte pratique... Mais... Que donc... Sans doute le kiné qui sort de l'université sera peut-être plus à même à avoir une réflexion, des capacités d'organisation que... va-t-on dire, un étudiant sortant d'une école supérieure [...] [La durée de formation universitaire] a toujours été 4 ans. En fait c'était un peu la différence sur laquelle les universitaires se basaient aussi pour argumenter sur la supériorité, quelque part, de leur cursus, c'était de dire « nous on donne un diplôme en 4 années et les hautes écoles étaient en 3 années ». Les hautes écoles ont fait le forcing pour passer en 4 années [acquis au début des années 2000]. »

Entretien avec un enseignant de kinésithérapie de l'UB, 08/02/2019

A travers les éléments apportés par cet enseignant, il est visible que la fin de la distinction via la durée d'études (les hautes écoles ont rejoint les universités sur ce point) n'a pas entraîné la fin de la hiérarchisation informelle des cursus. L'université belge conserve une légitimité supérieure, notamment par l'accès à la recherche réservée aux éléments les plus brillants :

« Le master des hautes écoles n'est pas un master scientifique. C'est un master professionnalisant et donc si eux veulent avoir l'équivalent du master universitaire pour pouvoir faire un doctorat c'est possible mais ils doivent repasser... je pense que c'est, refaire les cours qui... Comment dire, justifie le master scientifique, à savoir les cours de science de base, évidemment le mémoire expérimental. Et puis certains autres cours. Donc quand ils ont le master à côté [de hautes écoles] je pense qu'ils doivent refaire deux ans supplémentaires pour pouvoir obtenir ce master [universitaire] puis encore une année pour obtenir le master 2 [...] Donc en pratique peu le font. Sauf ceux... Là on en a un qui est intéressé, enfin qui a vraiment envie de se lancer dans la recherche, euh mais bon évidemment il peine un peu parce qu'il doit travailler et faire son équivalence de master. »

Entretien avec un enseignant de kinésithérapie de l'UB, 08/02/2019

A ce titre, il est crucial de recruter les meilleurs étudiants, par-delà la nationalité, pour alimenter la recherche (en conservant certains impétrants jusqu'en doctorat) et la définition des actes professionnels futurs qu'elle permet.

¹³⁶⁹ Bien qu'à une échelle nationale, Marianne Blanchard retrouve des effets similaires au sein des écoles supérieures de commerce françaises. La mise en concurrence des écoles et la sélectivité y ayant cours favorise les impétrants selon leur capital scolaire et affaiblit le rôle de l'origine géographique. Dans son cas, les étudiants franciliens investissent alors de plus en plus massivement les meilleures écoles de province. Marianne BLANCHARD, « Modalités de recrutement et hiérarchisation des écoles supérieures de commerce en France (1970-1990) », *Sociologie*, 10-2, 2019, p. 187.

Les enseignants belges mettent donc en œuvre des stratégies de sélection : leur formation est ouverte sans concours (en dehors du tirage au sort pour les non-résidents), mais le métier est vu comme suffisamment complexe pour les autoriser à un tri très sélectif des étudiants.

A l'inverse, dans la péninsule ibérique, les enseignants¹³⁷⁰ ont des marges de manœuvre réduites quant à la qualité des étudiants reçus. Ces formations sont systématiquement des filières d'université (ou d'écoles polytechniques portugaises) et, à ce titre, suivent les politiques de recrutement d'étudiants de l'entité mère. Toutes les filières publiques recrutent ainsi selon un classement des demandeurs établi en fonction de leurs résultats du secondaire : la fameuse « Nota de Corte » évoquée au premier chapitre¹³⁷¹. Ce mode de sélection n'est, à l'inverse, pas obligatoire pour les filières privées. Certaines suivent ce processus, objectivant ainsi un certain déclassement scolaire de leurs impétrants par rapport aux impétrants du public. S'ils gagnent ainsi en visibilité (de nombreux sites répertorient les filières accessibles via ce procédé et les notes d'entrée des années précédentes), ils entérinent recevoir ainsi les exclus de la méritocratie espagnole qui n'ont pas de notes assez élevées pour intégrer l'université publique. C'est ce recrutement de faible niveau scolaire qui explique l'arrivée d'étudiants français dans ces filières :

« Par exemple, nous avons en ce moment 160 places. Seulement un tiers sont prises par des étudiants locaux. Le reste, les deux tiers, sont des étudiants français. C'est dû au fait que les étudiants d'ici se détournent de la filière. De ce fait, n'importe qui peut rentrer parce que la note d'entrée est très basse. Pratiquement tous ceux qui souhaitent étudier la kinésithérapie peuvent le faire en Espagne, il n'y a aucun problème pour entrer. Il y a plus de difficultés pour entrer dans les universités publiques bien sûr, parce qu'elles ont des places beaucoup plus limitées et leur note d'entrée est une note bien meilleure. C'est des notes qui tournent autour de 9,5/14. En fait 9,5/10 [notes du secondaire] et ils passent des épreuves optionnelles qui leur permettent d'aller jusqu'à 14 [en donnant jusqu'à 4 points « bonus »]. Dans les universités publiques la note d'entrée en kinésithérapie fait partie des cursus, des études les plus élevées. Et en fait, dans les universités privées, nous couvrons l'excédent de personnes qui n'ont pas pu entrer dans les universités publiques et qui veulent étudier la kinésithérapie. Un étudiant normal, qui a son bac, qui veut étudier la kinésithérapie va entrer dans notre école. »

Entretien avec un directeur de filière kinésithérapie dans une université privée catalane, traduction personnelle, 12/03/2019.

¹³⁷⁰ A l'image des enseignants belges, les enseignants ibériques sont des kinésithérapeutes, de plus en plus souvent titulaires d'un doctorat. L'universitarisation, à l'image de la France est cependant plus récente que dans le cas des 3 universités belges historiques, expliquant un corps d'« anciens » formateurs toujours en poste, pouvant continuer à exercer sans le doctorat. La différence avec le cas français est, qu'en Espagne et au Portugal, il n'y a pas l'équivalent du corps des « cadres kinésithérapeutes » : il n'y a pas eu le processus de création d'une identité professionnelle de formateur (mise en tension en France avec la fin de l'école des moniteurs cadres kinésithérapeutes, évoquée au chapitre 4).

¹³⁷¹ Dans le cas espagnol la « Nota de Corte » sert d'indicateur de hiérarchisation entre établissements. Ce thermomètre a aussi un rôle d'entretien de ces hiérarchies, les établissements classés comme les plus prestigieux attirant alors les étudiants les plus dotés en capitaux. Là encore le parallèle avec les travaux de Marianne Blanchard et ses collègues est saisissant. Marianne BLANCHARD, Séverine CHAUVEL et Hugo HARARI-KERMADEC, « La concurrence par la sélectivité entre masters franciliens », *L'Année sociologique*, 70-2, 2020, p. 423.

Les filières espagnoles et portugaises de kinésithérapie se distinguent ainsi fortement de la filière médicale, où des universités privées existent, mais avec une attractivité locale beaucoup plus forte (visible par des notes d'entrée des derniers reçus beaucoup plus importantes). Dans le cas de la médecine, malgré les frais de scolarité élevés de la filière privée, les impétrants de très haut niveau scolaire sont suffisamment nombreux pour interdire l'accès aux étudiants étrangers¹³⁷². Ce n'est pas le cas de la kinésithérapie, marqueur d'un déclasserement de ces filières et de l'activité professionnelle. D'autres structures privées préfèrent conserver un regard sur leurs recrutements et présentent leurs propres concours. Néanmoins, dans ce cas aussi, ils sont obligés de se soumettre à la loi de l'offre et de la demande et d'admettre des étudiants français, parfois en modifiant la langue de leurs épreuves :

« Professeur : tous ceux qui veulent venir doivent passer un examen. C'est un test psychotechnique et un test de valeur et de motivation humaniste.

Enquêteur : un test écrit ou...

Professeur : Pas pour ces tests... Il y a un test de personnalité, un test de valeurs personnelles et après il y a un test, une preuve de capacité d'expression écrite.

Enquêteur : en catalan ?

Professeur : ils peuvent écrire en français [...] Bon c'est un examen... Mais généralement tout le monde est pris. Ces dernières années aucun candidat n'a été rejeté »

Entretien avec un professeur de kinésithérapie d'une université privée catalane, traduction personnelle, 10/01/2019

Cette présence dans les comités de sélection permet à ces enseignants de militer auprès de leur direction pour une limitation du nombre d'étudiants étrangers et d'efforts en direction d'autres clientèles pour maintenir une qualité de formation :

« Nous sommes conscients que le fait d'accueillir des étudiants français nous enrichit mais dans le même temps génère... Je ne vais pas dire des difficultés mais génère un travail. Bien entendu que c'est normal que les étudiants arrivent avec un niveau de langue limité. Ils arrivent, disons, avec certaines difficultés de compréhension, du fait de la langue qui... je ne vais pas dire transforme mais qui influe sur le fonctionnement normal. Je ne sais pas si la direction, parce que je ne suis pas à la direction, a l'intention de faire des efforts dans ce sens... mais j'ai la sensation... Une sensation partagée avec le directeur du cursus et l'équipe pédagogique... que les étudiants français apportent de la richesse, de l'échange, de la culture, mais nous croyons également qu'avoir plus d'étudiants français pourrait compliquer ce problème de langue et, de ce fait, altérer le fonctionnement. Je crois que le pourcentage que nous avons en ce moment [autour de 20%] est adéquat pour profiter de leur richesse sans générer trop de problèmes. Je dis ça parce que je connais [M. C], je connais tous les directeurs parce que nous nous réunissons souvent... Et j'ai quelques informations, provenant d'autres universités, où ils se posent la question de donner les cours en français, pour s'adapter à la situation. Et, de fait, à partir du moment où nous acceptons de faire ça, nous modifions beaucoup de choses [...] Je pense que pour nous avoir des étudiants français est enrichissant, de plus c'est un étudiant qui paye sa place, et qui occupe une place non occupée par des étudiants locaux, c'est un point de vue commercial si tu veux. Mais je crois qu'augmenter trop le pourcentage peut dénaturer l'identité de l'université. Dénaturer un peu la façon de travailler. Et de plus aurait une influence sur les étudiants kinésithérapeutes locaux [...] Je pense que le pourcentage actuel est

¹³⁷² Il faut rappeler qu'en Espagne comme au Portugal des épreuves s'ajoutent aux notes de fin de secondaire permettant d'améliorer les moyennes, en Espagne ces notes peuvent ainsi se monter à 14/10, ce qui élimine les prétendants français dont la note sur 20, ramenée à une note sur 10, ne pourra atteindre les niveaux requis.

suffisant pour obtenir; disons, les bénéfiques commerciaux, les bénéfiques culturels sans trop que ça altère notre enseignement »

Entretien avec un professeur d'université privée catalane, traduction personnelle, 28/02/2019

Bien que faibles et entravés par la logique administrative (universités publiques) ou commerciale (universités privées) qui imprègnent les choix de recrutement des structures ibériques, des souhaits d'amélioration de la qualité des étudiants sont perceptibles. Ces capacités de sélection sous-tendent une hiérarchie des formations, à l'avantage des formations publiques.

« La note d'entrée est très haute parce que... Clairement, les étudiants préfèrent venir dans une université publique. Avant les universités privées. Il y a beaucoup de structures privées alors qu'il n'y a que deux formations publiques en Catalogne. C'est pour ça que c'est très élevé [...] Les étudiants de [la localité d'implantation de l'université] sont peu nombreux. Il y en a quelques-uns mais peu. La majorité sont de toute l'Espagne, la majorité sont d'Aragon, du pays Basque ou des îles Baléares. »

Entretien avec une professeur d'université publique catalane, traduction personnelle, 19/06/2019.

Les formations ibériques montrent donc des possibilités disparates de recrutements d'étudiants à forts capitaux scolaires. Ces différences sont primordiales dans l'établissement des hiérarchies internes entre écoles. Ainsi les écoles ibériques soumises à la logique commerciale semblent les plus dévalorisées : elles ne reçoivent leurs étudiants que par défaut, par manque de possibilités dans les structures publiques locales ou dans les structures hexagonales.

Sélectionner des étudiants ayant le plus de capitaux scolaires est un enjeu pour les professions : il s'agit de recruter des futurs membres particulièrement aptes à incorporer les savoirs et savoir-faire si particuliers aux missions des professionnels. En ce sens, les processus de hiérarchisations entre structures, qui sous-tendent les tentatives de sélections qualitatives des étudiants, sont favorables au processus de professionnalisation. Les résultats sont cependant contrastés, rappelant le poids du contexte national dans l'établissement d'une profession.

Les choix étudiants, comme verdicts quant aux stratégies de distinction des établissements

Les enseignants tentent de choisir leurs impétrants dans des contextes très variables. Cela entraîne des hiérarchisations de leurs établissements et a des résultats sur leur attractivité auprès des étudiants. Ceux-ci arbitrent alors entre des considérations aussi bien économiques que symboliques pour choisir leurs établissements.

La domination des structures publiques sur les structures privées, très visible en Espagne, tient pour beaucoup au coût de la formation. Cette mécanique économique de hiérarchisation des structures est l'un des éléments explicatifs, mais elle ne doit pas être réifiée. Des structures privées peuvent parfois

tirer leur épingle du jeu, et compenser l'argument du coût pour un prestige supérieur, comme le montre ce cas portugais :

« Enquêteur : pourquoi choisir [une université privée dans une grande ville universitaire] plutôt qu' [une formation publique dans sa petite ville d'origine] ?

Gustavo : Parce que [l'université privée] c'était une volonté de partir aussi... De la maison et puis peut-être pour une question aussi de prestige d'école [...] c'est l'une de universités les plus anciennes d'Europe, mon père il était étudiant de [cette ville universitaire] etc. [...] Parce que les notes [pour y entrer] sont élevées, tu le sais de toute façon, un gars qui a 18, il vise le plus haut quoi »

Entretien avec Gustavo, kinésithérapeute portugais ayant étudié dans une école privée, père ingénieur, mère professeur du secondaire, 06/06/2020.

Dans ce cas d'espèce, un étudiant ayant réussi dans cette école, justifie son choix d'une structure privée (et payante) par le prestige de l'université et l'histoire ancienne de son école de kinésithérapie. Certains capitaux symboliques peuvent, pour ceux qui en ont les moyens, concurrencer la logique de différence de prix. L'important semble finalement la légitimité sociale apportée par la sélection la plus drastique des étudiants élus (via leurs notes du secondaire).

De la même manière, si l'on élargit l'espace de concurrence à l'échelle européenne, une comparaison avec la France montre que de nombreux IFMK hexagonaux sont privés et à coûts plus élevés que les espagnols et pourtant ils restent plus attractifs que ces derniers :

« Laurence : en fait, en première année [de préparation privée au concours français, qu'elle aura à sa deuxième tentative], j'ai plein d'amis qui n'ont rien eu, comme moi, de loin [en étant très mal classés], qui sont partis [dans une antenne d'université privée portugaise ouverte en France] qui venait d'ouvrir [structure qui sera finalement fermée sur décision de justice].

Enquêteur : Ah oui.

Laurence : Voilà et [en me renseignant sur] l'école portugaise j'ai entendu parler de l'Espagne, des pays de l'Est et Belgique surtout, et Allemagne aussi.

Enquêteur : Et qu'est-ce qui a fait que tu n'es pas allée ni à l'école [portugaise momentanément ouverte en France] ni ailleurs ?

Laurence : Euh parce que je savais que j'avais les capacités pour l'avoir [le concours français]. Et que, enfin, je sais pas, je trouvais que **c'était de la triche**... enfin de... de passer par autre chose. »

Entretien avec Laurence, étudiante kinésithérapeute en IFMK privé français, père et mère cadres supérieurs, 07/03/2019 (nous soulignons en gras).

« Enquêteur : Est-ce que tu as pensé à faire des écoles ailleurs en Europe ? De kiné ?

Fanny : Non.

Enquêteur : Non ?

Fanny : Je voulais kiné en France

Enquêteur : Pourquoi ?

Fanny : [...] en fait moi, c'est mon caractère je suis quelqu'un qui n'accepte pas trop l'échec donc du coup **avoir échoué** à un concours et donc du coup d'**abandonner** pour faire même pour faire la même chose, c'était pas trop envisageable donc j'aurais retenté jusqu'à ce que **je réussisse ici**. »

Entretien avec Fanny, étudiante kinésithérapeute en IFMK privé en France, père employé, mère cadre supérieure dans le public, 30/10/2018 (nous soulignons en gras).

Ces deux étudiantes sont scolairement en réussite (bac S, mention bien), et toutes deux inscrites dans des classes préparatoires (dans des villes distinctes, à des années distinctes) pour préparer le concours d'entrée dans des écoles de kinésithérapie en France. Elles n'obtiennent toutes deux aucun concours à l'issue de leur première année. Alors que de nombreux camarades, eux aussi en échec, s'orientent vers les universités espagnoles, elles décident de retenter les concours français et réussiront à intégrer des IFMK privés lors de leurs secondes tentatives. Sans attaches familiales ou affectives plus visibles que d'autres étudiants ayant choisi la migration, elles ne semblaient pas non plus bloquées par la langue (origine méditerranéenne et espagnol courant pour l'une, bac européen pour l'autre). Si l'une d'elle exprime des préférences financières (elle a présenté en priorité des IFMK publics en sus des IFMK de proximité), ce n'est pas le cas de la seconde (« *jusqu'à être dans l'école, je pensais que toutes étaient privées* »). Dans les deux cas cependant, leur IFMK français est à des tarifs similaires aux structures espagnoles, avec des loyers étudiants plus élevés, ce n'est donc pas l'argument économique qui semble les retenir en France.

Dans leur cas, l'explication du choix d'écoles françaises tient à une sensibilité à la notion de mérite : la difficulté du concours justifie la position sociale ultérieure¹³⁷³.

Pour entrer dans le métier de kinésithérapeute, le passage par des écoles sélectives scolairement est vu comme plus profitable que par des écoles à sélectivité uniquement financière. Ce n'est toutefois pas la seule grille de lecture : les écoles situées dans les métropoles sont aussi plus attractives que les écoles des villes moyennes.

Au Portugal, l'école publique « Interior », d'une petite ville dans une région vieillissante et plus pauvre que la moyenne nationale, a un recrutement national sur notes du secondaire plus basses que les structures publiques des métropoles de la côte. Ils ont aussi un recrutement beaucoup plus local¹³⁷⁴ :

« Démographiquement, économiquement, socialement, nous sommes une région difficile. Une grande partie de nos élèves ont des parents peu diplômés. Les représentations sociales sont : faire un cursus supérieur, avoir un emploi et rester dans sa zone de confort. Pour beaucoup de familles c'est ce qu'ils attendent de notre école. Pour beaucoup de familles, c'est le premier jeune qui fait un cursus supérieur [...] Je me souviens d'une mère, d'une mère d'un élève [d'une métropole universitaire du nord du pays] qui vient ici le premier jour pour faire l'inscription et elle a visité l'école et elle disait : « ça c'est le désert, ça c'est le désert. » »

Entretien avec un professeur de kinésithérapie d' « Interior », 22/11/2018.

Ils mixent ainsi recrutement local issu de familles d'un milieu social intermédiaire ou modeste et un recrutement national d'impétrants n'ayant pas pu accéder aux écoles de la côte.

¹³⁷³ Le rôle des enseignants des officines préparant ces concours et, dorénavant, des enseignants universitaires préparant les entrées en IFMK est ici à questionner. Des auteurs montrent ainsi le rôle de renforcement ou de dissuasion des enseignants de classes préparatoires aux grandes écoles. Marianne BLANCHARD, Sophie ORANGE et Arnaud PIERREL, « La noblesse scientifique: Jugements scolaires et naturalisation des aspirations en classes préparatoires aux grandes écoles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 220-5, 2017, p. 68.

¹³⁷⁴ Le recrutement plus local est plutôt associé à un prestige moindre. M. BLANCHARD, « Modalités de recrutement et hiérarchisation des écoles supérieures de commerce en France (1970-1990) », art. cit.

De la même façon en France, des antennes délocalisées dans des petites villes, recrutent principalement les exclus de leurs écoles mères (situées dans des métropoles) :

« Enquêteur : Est-ce que, du coup, [cette antenne délocalisée], comme la PACES est [dans la métropole régionale], arrive à recruter des étudiants [locaux] ou pas du tout ?

Directeur : Ben en fait... oui on y arrive mais c'est une minorité, ce qu'il se passe c'est qu'une grande majorité, j'ai fait une enquête récemment, on est à presque 70% d'étudiants qui se sont retrouvés ici par... défaut quoi. C'est-à-dire que les mieux classés sur PACES ben ils ont plutôt tendance à choisir [la métropole]. [...] Au total on se retrouve avec une majorité de choix par défauts mais pour répondre à la question initiale, là actuellement sur les 3 promos nous avons 5 [locaux] en tout [sur 51 étudiants]. Voyez c'est très minoritaire. »

Entretien avec le directeur d'une antenne d'IFMK public, délocalisée dans une petite ville, 08/04/2019.

Ces antennes n'ont pas la main sur leur recrutement. Si la venue d'étudiants issus des métropoles plutôt que des locaux peut sembler un élément de prestige, il n'efface pas le fait que ces arrivées ne se font que par défaut, entérinant le déclassement de ces structures.

Les mécanismes de hiérarchisations internes à l'espace des écoles de kinésithérapie intègrent des dimensions aussi bien économiques que sociales et symboliques. Si les acteurs des formations peuvent tenter de s'emparer d'attributs améliorant leur attractivité (tenter de trouver des financements pour diminuer le coût de scolarité comme pour l'université espagnole enquêtée « Privada V », mettre en avant le suivi et la relation de proximité aux enseignants dans les antennes délocalisées d'IFMK par rapport aux maison-mères situées dans des villes universitaires) cela ne doit pas invisibiliser le poids du choix des étudiants dans l'établissement et le maintien des hiérarchies¹³⁷⁵. La logique de ces choix étudiants kinésithérapeutes peut être comparée avec les logiques de classement des écoles de commerce. Une nuance avec les terrains de Marianne Blanchard auprès de ces dernières¹³⁷⁶ est ici le peu de marges de manœuvre des écoles de kinésithérapie. Pour autant, cette comparaison reste instructive du fait d'une différence cruciale avec les écoles de commerce : la place hiérarchique des écoles organisées selon la logique de marché. Pour les formations en kinésithérapie, les écoles (ibériques) privées organisées selon une logique de libre-marché sont largement dominées par les formations régulées par l'Etat. Pour les écoles de commerce, une frange, que Marianne Blanchard nomme Ecoles Supérieures de Commerce, est très attractive et lutte en position de force face aux formations en management, gestion ou commerce des universités ou écoles publiques.

L'une des explications à cette différence dans la hiérarchie est l'importance du modèle médical pour la discipline kinésithérapique. Dans ce modèle, la légitimité est apportée par la reconnaissance étatique des

¹³⁷⁵ Muriel Darmon et Manuel Schotté, dans leur comparaison de deux institutions d'excellences, proposent que « Les classements sont ainsi portés par ceux-là mêmes qui en sont l'objet. Et ils prennent la forme d'identifications croisées qui conduisent à ce que chacun d'entre eux intériorise le sens de sa propre place et borne ses possibles dans la concurrence qui l'oppose à ses pairs. » Dans notre cas, les étudiants connaissent leur position scolaire au moment de leurs choix d'institution de formation à la kinésithérapie et, par-delà les attributs valorisés par les écoles, amènent avec eux leurs classements et les hiérarchies qui s'en suivent. M. DARMON et M. SCHOTTE, « Classer des élèves, classer des coureurs », art. cit.

¹³⁷⁶ Marianne BLANCHARD, « Le rôle de la concurrence dans l'essor des écoles supérieures de commerce », *Revue française de sciences sociales Formation Emploi*, 119, 2014, p. 7-30.

facultés de médecine comme seules institutions à même d'enseigner le diagnostic et le traitement des pathologies humaines. Dans ces scolarités très régulées, la méritocratie passe d'abord par la réussite scolaire à un concours. Le capital culturel, nécessaire au premier chef bien que possiblement dissimulé derrière le « don »¹³⁷⁷ dont disposerait certains élèves, et le capital scolaire, plus directement accessible via l'idée de quantité de travail, sont ici les premiers attributs de hiérarchisation des titres scolaires fournis. A l'inverse, il semble que, dans la hiérarchisation des écoles de commerce, les capitaux sociaux et économiques aient un rôle clé¹³⁷⁸. Le savoir-faire commercial, la réussite financière et le réseau apportés par les écoles les plus prestigieuses sont alors déterminants. Dans un cas, la médecine, la régulation étatique est la condition sine qua non dans la reproduction des capitaux culturels et des places sociales en découlant, dans l'autre, le commerce, son absence favorise l'expression de capitaux sociaux et économiques, permettant à une autre frange de classes privilégiées de se reproduire¹³⁷⁹. Les logiques présidant à la hiérarchisation des écoles de kinésithérapie rappellent donc leur dépendance à la logique professionnelle¹³⁸⁰ dérivée du monde médical : une méritocratie scolaire protégée par un titre (rare) attribué par l'Etat, prioritairement au sein de ses écoles¹³⁸¹.

Les instituts de kinésithérapie ont donc des recrutements hiérarchisés, ressources (inégaux) pour des acteurs de la formation dans des contextes administratifs, commerciaux et de proximité à la médecine variables. Ainsi la première logique de recrutement est celle du mérite. Cela se traduit par une hiérarchisation des écoles dans des contextes de concurrence quant aux coûts (avec une ligne de fracture privé/public mais pas seulement, dépendant aussi des systèmes étatiques de subvention), aux modalités d'entrée (concours scolaires ou non), aux modalités de validation des enseignements (fortes exigences et taux de redoublement ou non) et aux situations géographiques attirant ces étudiants « légitimes » (métropoles attractives, étudiantes, dynamiques versus territoires ruraux ou petits centres urbains). Ces

¹³⁷⁷ M. BLANCHARD, S. ORANGE et A. PIERREL, « La noblesse scientifique », art. cit.

¹³⁷⁸ Ces capitaux sociaux et économiques peuvent, à bien des égards, recouper des capitaux culturels. Les impétrants dans les grandes écoles de commerce en sont rarement dépourvus, malgré leurs tentatives, par ce biais, d'échapper aux seuls verdicts scolaires. P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit.

¹³⁷⁹ Il est nécessaire de rappeler que les mobilités sociales ne dépendent pas systématiquement de l'école, comme le rappelle Manuel Schotté via l'étude des trajectoires de présidents de clubs de football. Ces derniers, souvent issus de milieux commerçants modestes ou moyens, qui les distinguent des héritiers traditionnellement associés au grand patronat, s'appuient volontiers sur un ancrage local fort, une mise en avant d'une valeur travail et une distance à la culture légitime pour obtenir une forme de notabilité alternative. Il y a donc des formes de légitimés différentes dans chaque espace social, même si la légitimité scolaire méritocratique valorisée en kinésithérapie semble partagée dans les organisations du travail basées sur le modèle des professions. Manuel SCHOTTE, « Monter en première division: Trajectoires de notabilisation des présidents de clubs de football professionnel (1960-1999) », *Politix*, n° 114-2, 2016, p. 99.

¹³⁸⁰ Ce point de vue d'une logique professionnelle, s'opposant à une logique commerciale, rejoint tout à fait Eliott Freidson. E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

¹³⁸¹ Bien entendu des capitaux économiques peuvent être mobilisés pour remporter cette compétition scolaire : l'existence de préparations privées aux concours de santé en atteste. Pour autant, ces instruments sont alors au service du classement méritocratique scolaire et non une voie permettant de passer outre. Agnès VAN ZANTEN, « La compétition entre fractions des classes moyennes supérieures et la mobilisation des capitaux autour des choix scolaires », in Philippe COULANGEON et Julien DUVAL (dir.), *Trente ans après La distinction de Pierre Bourdieu*, Paris, Éditions la Découverte, 2013, p. 278-289.

situations disparates alimentent la concurrence entre écoles et in fine, favorise la mise en place de processus de sélections qualitatives. Un lien entre professionnalisation de l'activité et système sélectif favorable¹³⁸² peut alors être esquissé.

Les enseignants sont contraints à la fois par les auteurs de normes¹³⁸³ que sont les administratifs des ministères de la Santé, de l'Enseignement Supérieur ou les doyens de facultés de médecine et par les choix des bénéficiaires de ce processus de formation, les étudiants. Dans ce premier sous-chapitre, il a été montré comment les enseignants kinésithérapeutes français négocient avec le niveau supérieur : alignement sur la médecine pour ouvrir les portes des universités, discussion avec les administrations pour la mise en place de sélections quantitatives ou qualitatives. Si les enseignants belges et français mettent en place des dispositifs efficaces de contrôle des impétrants, c'est grâce aux convergences d'intérêts avec les régulateurs des ministères de la Santé ou de l'Enseignement Supérieur. A l'inverse, quand ces régulations étatiques sont faibles, dans les cas espagnols ou portugais, le contexte de libre échange ne permet pas de choisir les impétrants les plus favorables. Ces derniers participent alors à entériner ces diverses hiérarchies, par leurs choix, mais aussi, comme nous allons le voir, par les dispositions sociales dont ils sont porteurs et que les hiérarchies tendent à sanctionner.

Section 2 Une professionnalisation par la féminisation et le recrutement d'impétrants à capitaux culturels élevés, un mécanisme qui crée des résistances

Les mutations des modalités de sélection interrogent le profil des étudiants kinésithérapeutes français. En effet, de nombreuses caractéristiques des professions (études longues, distinction du profane, reproduction sociale d'un milieu privilégié) sont à relier à des impétrants des classes sociales supérieures. Il est alors important de savoir dans quelle mesure les kinésithérapeutes présentent des attributs sociaux conformes à ces attendus. Pour ce faire, ont été mobilisés deux types de matériaux quantitatifs : l'analyse longitudinale de caractéristiques sociales d'impétrants d'une école française et un questionnaire transversal à plusieurs structures de formation dans les quatre principaux pays d'enquête (Belgique, France, Espagne et Portugal). Ces données indiquent que la clôture française provoque une augmentation de la sélectivité scolaire et du nombre d'impétrants présentant des capitaux culturels importants¹³⁸⁴. Dans le même temps, se produit un report des exclus français vers des filières

¹³⁸² Eliott Freidson note notamment : la formation longue, scientifique, avec une sélection drastique, une protection du savoir et le rôle des pairs dans le système d'enseignement. E. FREIDSON, *Professionalism, op. cit.*, p. 83-105.

¹³⁸³ N. BELORGEY, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public, op. cit.*

¹³⁸⁴ La notion de capital culturel est régulièrement rediscutée. Il est vrai que les indicateurs quant à celui-ci évoluent, de la même manière que la culture « légitime » (elle devient, par exemple, plus « omnivore »). Pourtant, une part de prédispositions incorporées pour l'art légitime, l'effort intellectuel, la culture savante existe toujours.

à l'étranger, qui sélectionnent d'abord selon des capitaux économiques. Il est possible de lire dans ce phénomène une certaine résistance des membres des couches sociales historiques de la kinésithérapie, mais aussi une déstabilisation des tentatives du groupe professionnel de s'aligner sur les professions établies.

a) Féminisation et augmentation du poids des capitaux culturels : approche longitudinale en France

Le profil des impétrants français est le produit d'une longue histoire de restriction de l'accès à la formation. Celle-ci a entraîné des évolutions qui ont été approchées via l'analyse rétrospective des 1987 dossiers des étudiants de l'IFMK O. Situé dans une ville universitaire de province, il a été choisi car, d'une part, les archives existaient et, d'autre part, cet IFMK avait des caractéristiques présentant plusieurs intérêts. Il est relativement ancien (les premiers dossiers datent de 1968) ce qui permet d'avoir un recul historique suffisant pour enjamber plusieurs réformes dont la mise en place des concours et quotas en 1982 puis le choix local d'un recrutement suite à une première année de médecine à partir de 1999¹³⁸⁵. Il est situé dans une région non frontalière (limitant les éventuelles fuites d'étudiants vers d'autres régions européennes « formatrices de kinésithérapeutes » proches) et est la seule structure de cette région (permettant d'y voir concentré l'ensemble des impétrants d'une région donnée, sans crainte de répartition entre structures selon des logiques sociales impensées). Une distinction pouvant exister avec d'autres structures françaises est sa quasi-gratuité¹³⁸⁶ historique, qui peut s'opposer aux frais d'inscription parfois élevés des IFMK privés, ou (plus rarement) publics non subventionnés. De ce fait, il se veut un IFMK particulièrement « démocratique »¹³⁸⁷ :

Il est toutefois nécessaire de rajouter à l'analyse les aspects plus stratégiques, comme les choix d'orientation, l'immersion dans un cadre international, les fréquentations multiculturelles. D'une manière un peu grossière ici, pour englober tous ces avantages sélectifs des étudiants issus d'une « bourgeoisie culturelle » occupant fréquemment des postes de cadres supérieurs, je parlerai de capital culturel au sens large (les stratégies de réussites scolaires, type option latin, dépendant fortement du capital culturel de la famille) ou d'un capital économique pour d'autres formes de stratégies qui seront, elles-aussi, pointées (le paiement d'écoles privées à l'étranger). Pour un travail de synthèse sur le capital culturel lire Hugues DRAELANTS et Magali BALLATORE, « Capital culturel et reproduction scolaire. Un bilan critique », *Revue française de pédagogie*, 186, 2014.

¹³⁸⁵ Quelques places sont accordées à des étudiants provenant de STAPS et de biologie au tournant 2010, néanmoins ceux-ci ont toujours été minoritaires et, sur l'année enquêtée par questionnaire, ne présentaient pas de caractéristiques sociales différentes des étudiants provenant de médecine (sur les CSP des parents ou les résultats au baccalauréat). La très forte sélectivité liée au très faible nombre de places tend sans doute à rapprocher ces impétrants, quelle que soit l'origine de filière. A noter que depuis la réforme marquant la fin de la PACES, tous les étudiants de l'IFMK O sont recrutés via le Parcours d'Accès Spécifique Santé ou via une Licence Santé. Une approche par les marges aurait pu s'intéresser aux différences apportées par ces cursus alternatifs à la voie principale, en lien avec la médecine, mais cela n'a pu être fait au cours de cette enquête.

¹³⁸⁶ En tout cas en matière de frais d'inscription, calqués sur les frais universitaires de longue date (de mémoire d'anciens directeurs, depuis au minimum les années 1980, sans doute valable aussi avant)

¹³⁸⁷ Des données récentes dans l'ouvrage de Paul Pasquali confirment cependant que le statut public et les faibles droits d'inscription ne suffisent pas à obtenir une sélection égalitaire quand ces attributs sont associés à des politiques malthusiennes. P. PASQUALI, *Héritocratie, op. cit.*

« Tant que je suis [dans cet IFMK O], je vais tâcher [...] d'imaginer comment on pourrait faciliter l'accès à notre formation aux « CSP- » [son expression] »

Echange mail avec un enseignant de l'IFMK O, 31/03/2020

C'est cet intérêt pour les profils sociaux de leurs étudiants qui a permis d'impliquer les enseignants dans le projet. Il s'agissait pour eux de savoir si cette gratuité et cette sélection universitaire facilitaient la diversification des profils étudiants et laissaient bien leur chance à des étudiants issus de milieux variés. Ce travail a donc été mené avec l'accord de la directrice et en partenariat avec un enseignant¹³⁸⁸ et deux étudiants¹³⁸⁹, mobilisés dans le cadre de leurs enseignements d'initiation à la recherche.

Il s'est donc agi d'un travail d'archives où les deux étudiants ont relevé les sexes des étudiants et les métiers des parents¹³⁹⁰. J'ai alors recodé ces métiers selon le premier niveau des catégories socio-professionnelles (CSP)¹³⁹¹. Le sexe¹³⁹², lui, était directement accessible dans ces dossiers administratifs. Ces résultats montrent une féminisation associée à une augmentation du nombre d'étudiants issus de familles de cadres supérieurs et professions intellectuelles. L'articulation de ces deux données, dans une perspective intersectionnelle, tend alors à montrer que cette féminisation se fait d'abord par une victoire dans la lutte scolaire : les étudiantes s'imposent à mesure que la sélectivité scolaire augmente. Les hommes qui résistent dans ces écoles sont d'abord ceux dotés de capitaux scolaires, c'est-à-dire des étudiants issus des catégories sociales supérieures. Ces résultats posent la question de la place du mérite dans les professions. La sélectivité scolaire et l'incorporation d'un savoir complexe semblent extrêmement intriquées : tout se passe comme si, au-delà du savoir transmis, la capacité des membres d'un groupe professionnel à l'afficher et le revendiquer était primordiale. L'augmentation du « mérite » des étudiants kinésithérapeutes hexagonaux est alors un phénomène favorable à la professionnalisation de l'activité.

Une féminisation de la formation française

Le cas de l'IFMK O documente une féminisation progressive des promotions à compter de la fin des années 1970, phénomène qui se poursuit jusqu'à nos jours. Le cas d'espèce confirme la tendance nationale constatée sur les acteurs en activité¹³⁹³.

¹³⁸⁸ Frederic, avec qui les échanges ont été prolongés et toujours riches d'enseignements.

¹³⁸⁹ Hamza et Azeline, sans qui cette collecte de données aurait été impossible.

¹³⁹⁰ Les codes postaux des domiciles familiaux déclarés ont aussi été relevés, mais n'ont pas été exploités.

¹³⁹¹ Les catégories étaient ainsi « agriculteur », « artisan, commerçant et chef d'entreprise », « cadre et profession intellectuelle supérieure », « profession intermédiaire », « employé », « ouvrier » et « autre ».

¹³⁹² Le sexe n'est pas à entendre comme caractéristique biologique éternelle, en opposition au genre et à ses implications sociales, mais comme une catégorie administrative, telle que proposée par l'INSEE et dénommée comme tel dans les dossiers administratifs des étudiants.

¹³⁹³ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

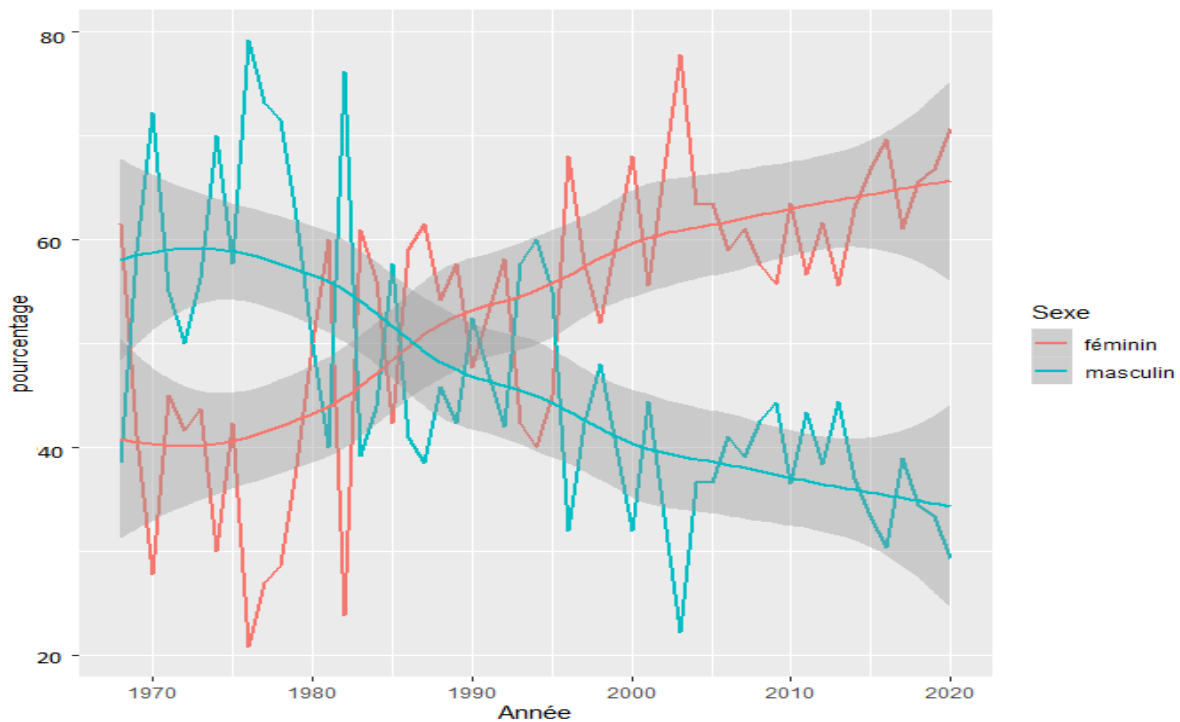


Figure 24 : graphique de l'évolution des pourcentages d'étudiants femmes et hommes au sein de l'IFMK O.

Les évolutions genrées relevées nationalement dans le groupe professionnel et leur cohérence avec les données recueillies à l'IFMK O nous laissent à penser que les étudiants kinésithérapeutes en France connaissent une inversion de genre à la fin du XX^{ème} siècle. C'est cette inversion qui conduit le métier, originalement métier masculin¹³⁹⁴, à devenir paritaire à ce jour¹³⁹⁵. Il est difficile de distinguer ici la part de tendance générale de féminisation des métiers de la santé¹³⁹⁶ et un effet propre des études en kinésithérapie.

Cette féminisation a longtemps été associée à une dévalorisation des professions : Antoine Prost propose ainsi dans les années 1960 que la féminisation des professeurs du secondaire « *témoigne d'un statut social diminué* » et « *de la mutation d'un métier parmi d'autres, et non plus comme une vocation supérieure à laquelle se consacraient des intellectuels désintéressés* »¹³⁹⁷. Féminisation et catégorie sociale intellectuelle et supérieure s'opposent alors. Pierre Bourdieu note, quelques années après, que les professions tentent de freiner cette féminisation comme la trop grande ouverture à la population : « *au prix d'une politique délibérée de *numerus clausus*, [les professions libérales] ont pu limiter*

¹³⁹⁴ J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle*, op. cit.

¹³⁹⁵ A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

¹³⁹⁶ Sabine BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 17 ; P. DORAY, P. CANISIUS KAMANZI, E. COMOE, J. MURDOCH et S. MOULIN, « Les inégalités dans l'enseignement postsecondaire et leur mesure : l'exemple canadien. », art. cit.

¹³⁹⁷ Prost (A.), *L'enseignement en France (1800-1867)*, PUF., Paris, coll. « collection "U" », 1968, p. 455 ; cité par Cacouault-Bitaud (M.), « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, N° 5 (1), 2001.

l'accroissement numérique et la féminisation »¹³⁹⁸. Cette dévalorisation du féminin dans les activités professionnelles est alors à relier à l'image des métiers de femmes¹³⁹⁹, dévalorisés et où y est naturalisée la vision des femmes comme maternantes¹⁴⁰⁰, soumises à l'homme, incapables de l'autorité qui sied à un professionnel¹⁴⁰¹.

Pourtant la féminisation de professions historiquement masculines (ou a minima mixtes) montre en réalité des effets plus complexes : dans le cas des professeurs du secondaire notamment, voire de la magistrature, ces impétrantes féminines sont issues de classes sociales privilégiées, voire plus privilégiées que leurs homologues masculins¹⁴⁰². Elles peuvent contribuer par leur classe sociale au rayonnement du groupe. Plus qu'une déprofessionnalisation, des travaux récents montrent plutôt la féminisation entraîne un réarrangement des relations hommes-femmes au sein des groupes professionnels, avec des effets de hiérarchisation interne¹⁴⁰³.

Les kinésithérapeutes sont traversés par ces tensions concernant le genre, dans un contexte de professionnalisation fragile. Dans les pays anglo-saxons ou d'Europe du Nord, si le métier est d'abord construit comme féminin, il s'agit de femmes issues des couches sociales favorisées : « *Le métier d'infirmière, fortement encadré par les médecins, offre cependant peu de possibilités d'autonomie et sa reconnaissance à titre de profession demeure ambiguë. Cela rebute certaines femmes, souvent issues des classes moyenne ou supérieure, qui désirent œuvrer en santé, mais qui aspirent à une certaine autonomie au travail ainsi qu'à une position sociale plus élevée. Parmi ces femmes, un nombre croissant -quelques dizaines dans le Québec d'avant-guerre- se tourne donc vers d'autres métiers émergents comme la psychologie, la « thérapie occupationnelle » ou le « massage » thérapeutique.* »¹⁴⁰⁴ Cette origine sociale joue un rôle dans les mobilisations de ces groupes qui obtiennent alors des améliorations de leur statut professionnel. Pour ce faire, elles mobilisent d'ailleurs les attributs jugés légitimes (leur classe sociale joue certainement) tels que l'affichage d'un diagnostic ou l'accès à la science pour lutter contre les attributs négatifs et ne pas se définir « *par des traits jugés féminins, comme la chaleur humaine*

¹³⁹⁸ P. BOURDIEU, *La distinction*, op. cit., p. 152.

¹³⁹⁹ M. PERROT, « Qu'est-ce qu'un métier de femme? », art. cit.

¹⁴⁰⁰ Speranta DUMITRU, « Féminisation de la migration qualifiée : les raisons d'une invisibilité », *Hommes & migrations*, 1317-1318, 2017, p. 146-153.

¹⁴⁰¹ Sur l'autorité il est possible de se référer à l'analyse d'Everett Hughes sur la profession médicale : « *il existera probablement toujours, dans ce système comme dans tout autre, quelqu'un dont le rôle sera de prendre les décisions ultimes, avec tous les risques que cela comporte et toutes les protections que cela exige. C'est actuellement le rôle du médecin. Dans de nombreux cas, il possède et garde jalousement plus d'autorité qu'il ne saurait en assumer effectivement* » E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit., p. 65.

¹⁴⁰² M. CACOUAULT-BITAUD, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige? », art. cit ; Dominique LAFONTAINE, Vincent DUPRIEZ, Maud Van CAMPENHOUDT et Catherine VERMANDELE, « Le succès des « héritières » : effet conjugué du genre et du niveau d'études des parents sur la réussite à l'université », *Revue française de pédagogie*, 179, 2012, p. 29-48.

¹⁴⁰³ Céline BESSIERE, Sibylle GOLLAC et Muriel MILLE, « Féminisation de la magistrature : quel est le problème? », *Travail, genre et sociétés*, n° 36-2, 2016, p. 175 ; Christine FONTANINI, « La profession de vétérinaire : des projets distincts selon le genre, dès la formation initiale », *Formation emploi*, 151, 2020, p. 93-115 ; A. JOURDAIN, « Des artisans d'art aux artisanes d'art », art. cit.

¹⁴⁰⁴ J. PRUD'HOMME, « Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec », art. cit.

ou le dévouement »¹⁴⁰⁵. Les kinésithérapeutes québécoises voient d'ailleurs, dans le même temps, leur taux de féminisation baisser (92% de femmes en 1976 contre 81,5% en 1989) ce qui montre l'attractivité nouvelle de l'activité, y compris pour les hommes (Julien Prud'homme évoque des stratégies délibérées pour attirer des hommes au sein du groupe professionnel¹⁴⁰⁶). Le phénomène se retrouve en Australie (94,8% de femmes en 1975 contre 76,5% en 2000¹⁴⁰⁷) ou aux Etats Unis¹⁴⁰⁸. En Suisse, cas possiblement intermédiaire entre la France et les pays anglo-saxons, la part de femmes semble stable dans le temps, autour de 2/3 des effectifs¹⁴⁰⁹. Malgré ces disparités, la logique de classe sociale et les politiques nationales¹⁴¹⁰ semblent l'emporter sur la logique genrée : les pays anglo-saxons montrent une kinésithérapie féminine disposant d'attributs professionnels plus solides¹⁴¹¹ que le cas français plus masculin¹⁴¹². L'assignation genrée semble plutôt jouer dans la stratification interne au groupe professionnel, avec des femmes exerçant en pédiatrie alors que les hommes se retrouvent dans les soins aux sportifs ou en orthopédie¹⁴¹³. Dans tous les cas, l'évolution de la place du groupe professionnel dans son ensemble est alors moins due aux évolutions genrées isolées qu'à leurs imbrications avec d'autres dispositions sociales de ses membres. Les catégories sociales notamment¹⁴¹⁴, et le capital culturel qui peut y être véhiculé, permettent aux membres des groupes professionnels de se distinguer du reste de la société (vellétés de distanciation par exemple documentées dans le cas des enseignants du premier

¹⁴⁰⁵ J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit., p. 261.

¹⁴⁰⁶ *Ibid.*

¹⁴⁰⁷ G ANDERSON, E ELLIS, V WILLIAMS et C GATES, « Profile of the physiotherapy profession in New South Wales (1975-2002) », *Australian Journal of Physiotherapy*, 51-2, 2005, p. 109-116.

¹⁴⁰⁸ VM MACLEAN et C ROZIER, « From sport culture to the social world of the "good PT" : masculinities and the career development of physical therapists. », *Men and Masculinities*, 11-3, 2009, p. 286-306.

¹⁴⁰⁹ V. HASLER, *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20ème siècle)*, op. cit.

¹⁴¹⁰ Sur le poids des inflexions des politiques publiques sur le devenir des professions se référer à Florent Champy : « [les] professions subissent des menaces croissantes, susceptibles de remettre en question leur autonomie dans la conduite de leur travail. Ces menaces prennent des formes culturelles ou institutionnelles ; elles émanent tant des organisations et du management que des marchés dont les principes inspirent ce dernier, et des institutions supranationales de régulation des échanges (Union Européenne et Organisation mondiale du commerce) : pressions économiques croissantes pesant sur de nombreuses activités ; exigence de rendre des comptes sur les résultats du travail, souvent sur la base d'indicateurs simples imposés de l'extérieur, avec le benchmarking ; bureaucratisation des contextes de travail ; tentatives de généralisation de la libre concurrence et d'une régulation fondée sur les principes du libre-échange » F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 6-7.

¹⁴¹¹ G. GRITZER et A. ARLUKE, *The making of rehabilitation*, op. cit. ; J. PRUD'HOMME, *Professions à part entière*, op. cit.

¹⁴¹² L'enquête n'a pas ici pu rechercher les causes socio-historiques de ces constructions genrées différentes selon les pays. Jacques Monet insiste dans le cas français sur le rôle des thermes et des masseurs thermaux masculins dans la construction du groupe professionnel français. Il est possible qu'une construction plus hospitalière et à proximité de la profession infirmière ait eu des résultats genrés différents dans les pays anglo-saxons. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit.

¹⁴¹³ Phénomène documenté auprès des physiothérapeutes américains, tout semble indiquer une stratification similaire en France. V. MACLEAN et C. ROZIER, « From sport culture to the social world of the "good PT" : masculinities and the career development of physical therapists. », art. cit.

¹⁴¹⁴ Anne Jourdain retrouve aussi cette imbrication entre genre et classe sociale chez les artisans d'art. Elle propose ainsi que les femmes y soient plus issues d'une « bourgeoisie ancienne » alors que les hommes seraient plus issus d'une « bourgeoisie nouvelle » ou des profils en ascension sociale (un ouvrier dans une verrerie qui ouvrirait sa boutique de verreries artisanales). A. JOURDAIN, « Des artisans d'art aux artisanes d'art », art. cit.

degré¹⁴¹⁵ ou dans la genèse du champ médical¹⁴¹⁶). Le genre participe aux transactions et à l'image du métier dans la société¹⁴¹⁷ mais sans pouvoir être pensé de manière « moniste », pour reprendre le vocabulaire de Sirma Bilge¹⁴¹⁸.

Le premier enseignement à tirer ici est celui d'une féminisation des étudiants en kinésithérapie, ce qui peut sembler en contradiction avec le modèle professionnel idéal-typique, tout en marquant un rapprochement avec la médecine (dont le recrutement se féminise aussi) et peut-être une mise à distance de l'image de métier physique répétitif.

Des étudiants kinésithérapeutes en France qui sont de plus en plus des enfants de cadres supérieurs

Le second critère d'analyse rétrospective est alors l'origine sociale, accessible via la Catégorie Socio Professionnelle (CSP) des parents. Si la CSP des mères a été étudiée, c'est la CSP des pères qui supporte ici l'analyse, au titre de la comparaison historique possible avec d'autres travaux s'appuyant sur le « chef de famille »¹⁴¹⁹. Une première analyse de l'évolution des origines sociales peut être faite à travers des courbes regroupant les classes principales des CSP en 4 groupes¹⁴²⁰.

¹⁴¹⁵ M. CACOUAULT-BITAUD, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », art. cit.

¹⁴¹⁶ P. PINELL, « La genèse du champ médical », art. cit.

¹⁴¹⁷ M. CACOUAULT-BITAUD et G. PICOT, « Les médecins solaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession "féminine" ? », art. cit.

¹⁴¹⁸ "Le monisme renvoie à un rapport au monde univoque, à une conception postulant l'existence d'une domination fondamentale dont découleraient les autres dominations, mineures celles-là." Sirma BILGE, « De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe », *L'Homme et la société*, 176-177-2, 2010, p. 43.

¹⁴¹⁹ Cette dénomination, qui semble désuète, est encore utilisée par l'INSEE qui s'appuie sur la CSP du père pour déterminer le statut du foyer. Si j'ai tenté de produire des données retenant simplement le statut le plus élevé des deux parents, ou le statut de la mère (les taux de professions intermédiaires et employés augmentent par rapport à la CSP du père), le manque de comparabilité avec d'autres travaux a limité l'intérêt de leur présentation. Il convient toutefois de ne pas être dupe de cette classification traditionnelle qui, comme le suggère Pierre Bourdieu, est porteuse d'une philosophie de la famille très patriarcale : « une philosophie de la famille à coloration chrétienne habite tous ces questionnaires et, sous forme de catégories et d'apparence tout à fait anodine, "chef de famille", etc, produit des données pré-construites qui sont ensuite traitées comme s'il s'agissait de statistiques aussi objectives que celles de la pluviométrie » P. BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science*, op. cit, p. 61.

¹⁴²⁰ Pour plus de lisibilité, les agriculteurs peu nombreux, ont été ajoutés aux artisans, commerçants et chefs d'entreprises. Ils sont alors pensés comme détenteurs de capitaux économiques (il s'agit d'une région de grandes cultures). Les ouvriers et les employés ont été rassemblés, pensés ici comme catégories disposant de moins de capitaux culturels et économiques.

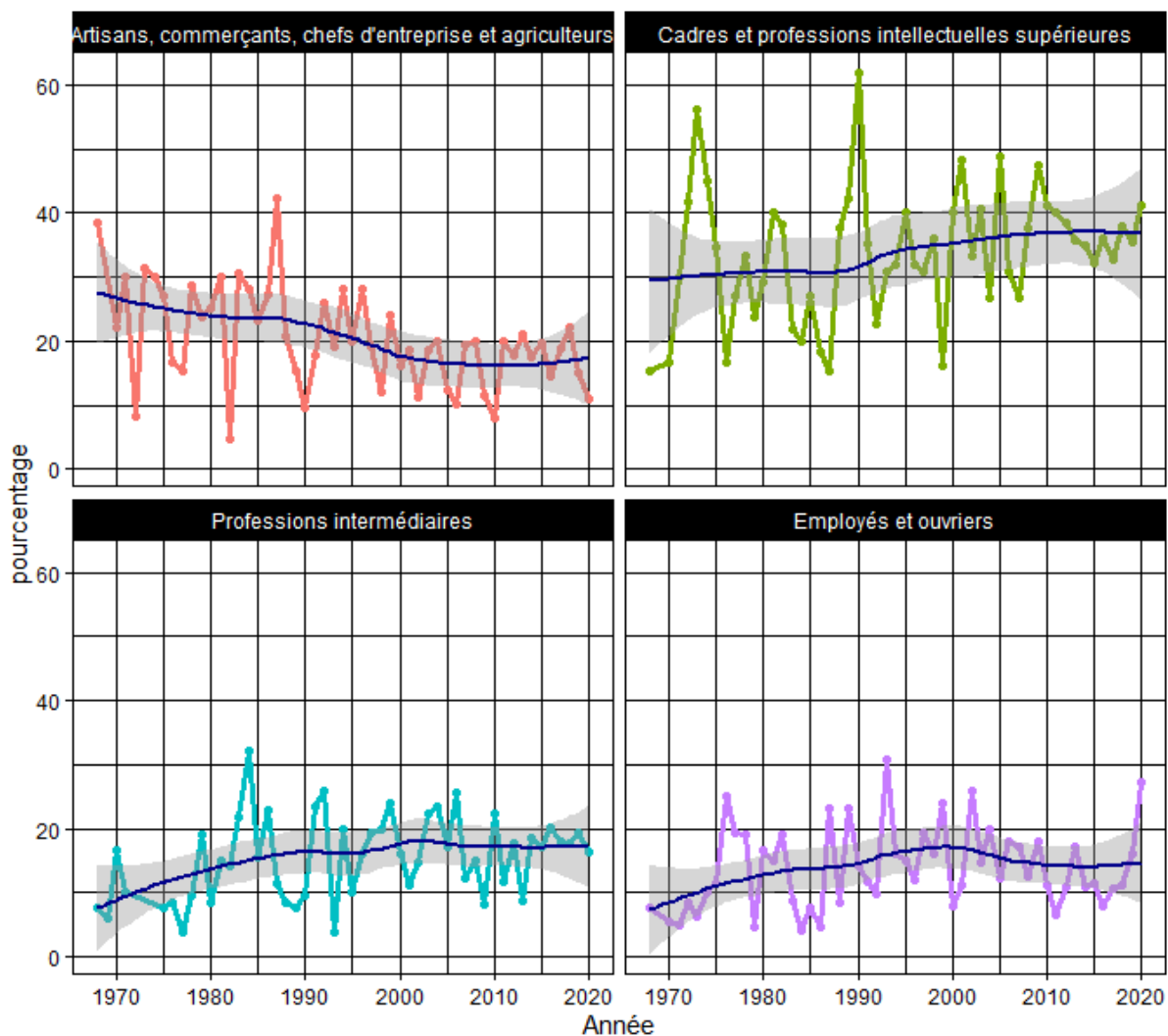


Figure 25 : représentation graphique de l'évolution des CSP des étudiants depuis l'ouverture de l'IFMK O, regroupées en 4 classes¹⁴²¹. Une courbe de tendance en bleu a été rajoutée pour une meilleure lisibilité.

En cinquante ans d'existence, l'IFMK O montre des changements d'origines sociales de ses étudiants. Un point d'inflexion semble décelable autour des années 2000 avec une baisse du pourcentage d'étudiants issus de milieux ouvriers et employés et une augmentation de ceux issus des milieux cadres supérieurs. Par-delà ce point d'inflexion, une tendance globale à la baisse du recrutement au sein des familles d'agriculteurs et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est visible. Ces deux groupes, regroupés dans un premier temps pour mieux appréhender un pôle « capital économique » de l'espace social, peuvent toutefois être séparés, notamment pour documenter l'« effet de structure » en comparaison avec les chiffres de l'INSEE (de distributions des CSP dans la population française).

¹⁴²¹ Une catégorie « autres » est comptabilisée dans les pourcentages proposés (sur toute la période d'enquête, 7,4% des pères). Elle est composée des pères sans emploi, militaires, retraités, handicapés ou étudiants. Les non réponses ou réponses inexploitable (typiquement « fonctionnaire » sans autre précision) ont été codés « Non Attribués » et représentent 11,9% des réponses sur l'ensemble de la période.

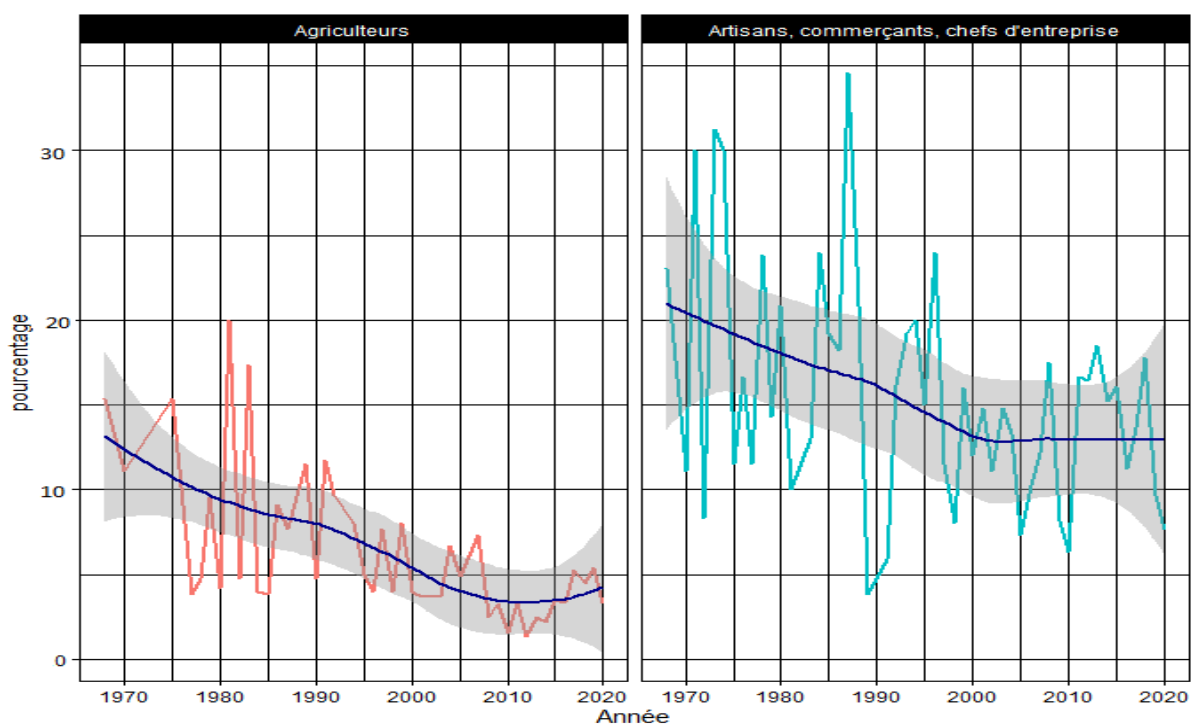


Figure 26 : représentation graphique des pourcentages d'étudiants dont les pères sont « agriculteurs » ou « artisans, commerçants, chefs d'entreprise ». Une courbe de tendance en bleu a été rajoutée.

Si la distinction du groupe « agriculteurs » du groupe « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » confirme une baisse dans les deux cas, la comparaison avec l'INSEE nuance les effets propres de la sélection à l'IFMK O. Ainsi en 1982 (données les plus anciennes accessibles), parmi les hommes de plus de 50 ans¹⁴²², 17% étaient agriculteurs et 15,9% artisans, commerçants ou chefs d'entreprises. Pour les mêmes groupes en 2020, les agriculteurs ne formaient plus que 3,2% des travailleurs et les artisans, commerçants, chefs d'entreprise 12,8%¹⁴²³. Si, pour les agriculteurs, l'effet de structure est important, et explique sans doute la baisse constatée, cela est plus discutable pour la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise où la baisse constatée dans l'IFMK est supérieure aux 3% « structurels » relevés par l'INSEE. Il y a donc un effet de structure, lié à la baisse du pourcentage de chefs de famille travaillant dans ces secteurs dans la population française, mais aussi un effet propre à l'IFMK O.

¹⁴²² Notre enquête documente les CSP des pères des étudiants. L'INSEE, elle, distingue les genres mais aussi les âges selon trois grandes fourchettes 15-24, 25-49 et +50 ans. Cette dernière fourchette des plus de 50 ans semble la plus adaptée pour une comparaison avec les pères des étudiants.

¹⁴²³ Une première fragilité dans la comparaison est la disparité possible entre la stratification sociale de la région enquêtée et le national. Une seconde vient d'une différence de population entre les pourcentages INSEE (hommes « en emploi ») et nos répondants. Ces derniers montrent un taux de 7,4% de pères non « en emploi », qu'ils soient retraités, chômeurs, ou handicapés alors qu'ils sont exclus des calculs de l'INSEE (remarque valable pour les catégories « non attribuées »).

Jusqu'aux années 2000, l'évolution des distributions associe des baisses de proportions d'étudiants issus de ces groupes à capitaux économiques et des augmentations de proportions d'étudiants issus de milieux plus diversifiés : enfants de professions intermédiaires et d'employés. Le passage au recrutement suite à une première année en médecine en 1999 semble alors mettre un coup d'arrêt¹⁴²⁴ à cette ouverture du recrutement en IFMK

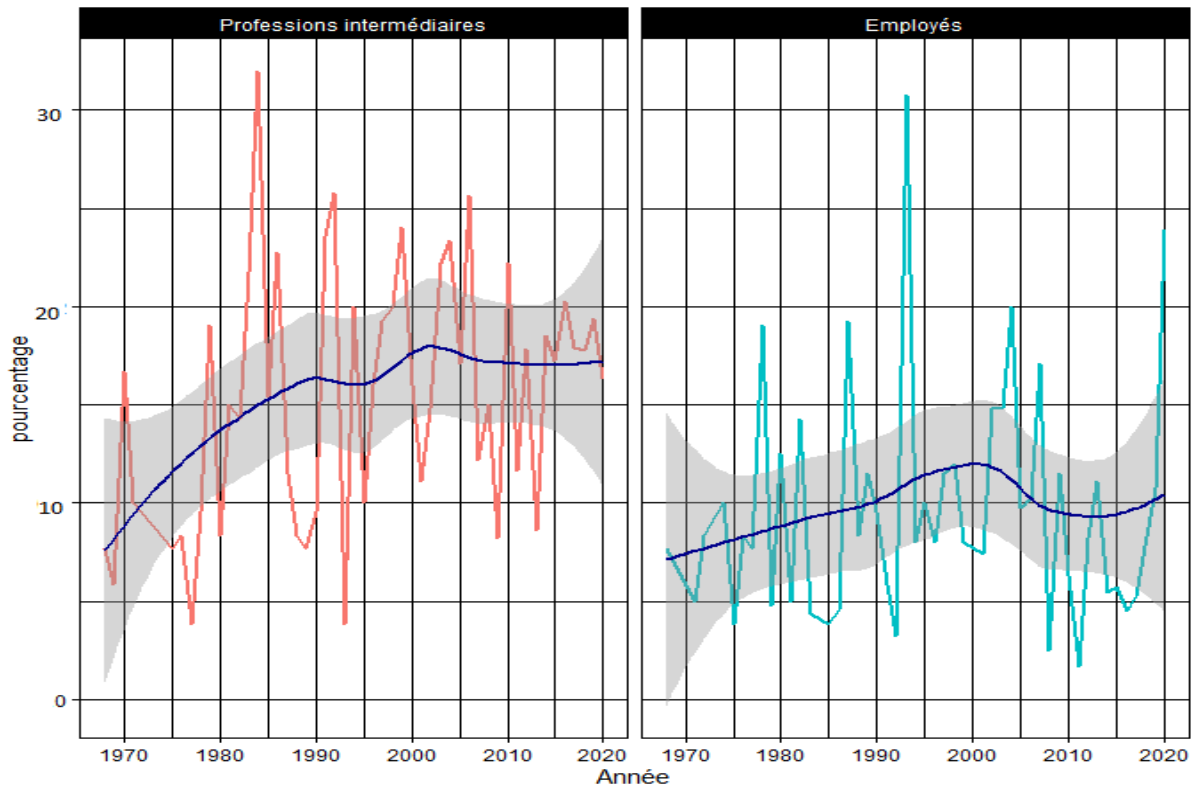


Figure 27 : représentation graphique des pourcentages d'étudiants dont les pères sont classés dans les « professions intermédiaires » ou comme « employés ». Une courbe de tendance en bleu a été rajoutée.

Les effets de sélection de l'IFMK O sont confirmés en prenant en compte l'effet de structure : pour les employés, alors que leur taux reste stable dans la population française (de 8,2% des hommes de plus de 50 ans en 1982 à 9,9% en 2020), il monte jusqu'aux années 2000 dans l'IFMK O, parallèlement à la baisse du nombre d'entrants à capitaux économiques (agriculteurs et artisans, commerçants, chefs d'entreprise), avant de chuter à compter de 2000 et la sélection en première année de médecine. Pour les professions intermédiaires, là encore une hausse est constatée dans cet IFMK jusqu'en 2000 (dans un contexte d'augmentation modérée sur le plan national : de 15,1% des hommes de plus de 50 ans en 1982 à 17,9% en 2000). La stagnation, au sein de l'IFMK O, du pourcentage d'étudiants avec des pères de professions intermédiaires à compter de 2000 et du passage par médecine se fait alors dans un contexte de légère augmentation de la part de cette catégorie dans la population générale (de 17,9% des

¹⁴²⁴ Il est cependant difficile d'attribuer ce constat au seul passage au concours en médecine, en effet cette période correspond aussi au minimum historique des quotas ministériels. Il y a alors une augmentation mécanique de la sélectivité par la baisse du nombre de places (qui ne semble toutefois pas avoir touché l'IFMK O, à l'inverse des écoles parisiennes).

hommes de plus de 50 ans en 2000 à 20,9% en 2020). Autrement dit, les premiers quotas à l'entrée n'ont pas empêché une relative démocratisation de l'accès aux IFMK (en remplacement des catégories à capitaux économiques). Celle-ci a pris fin au tournant des années 2000, dans une période d'augmentation de la sélectivité (les quotas seront au plus bas durant cette période) et de rapprochement avec la médecine (concours commun).

Il est notable que cette démocratisation s'est faite via des classes plutôt intermédiaires. Si l'on prend le cas des ouvriers, la baisse est plus importante que pour les employés ou les professions intermédiaires (malgré un plateau autour des années 1990, convergeant avec l'ouverture sociale constatée dans les autres catégories), jusqu'à se rapprocher d'un taux de 3% de nos jours (l'effet de structure, visible via les ouvriers de plus de 50 ans dans la population française, ne peut être convoqué, passant de 30,9% en 1982 à 26,8% en 2020¹⁴²⁵).

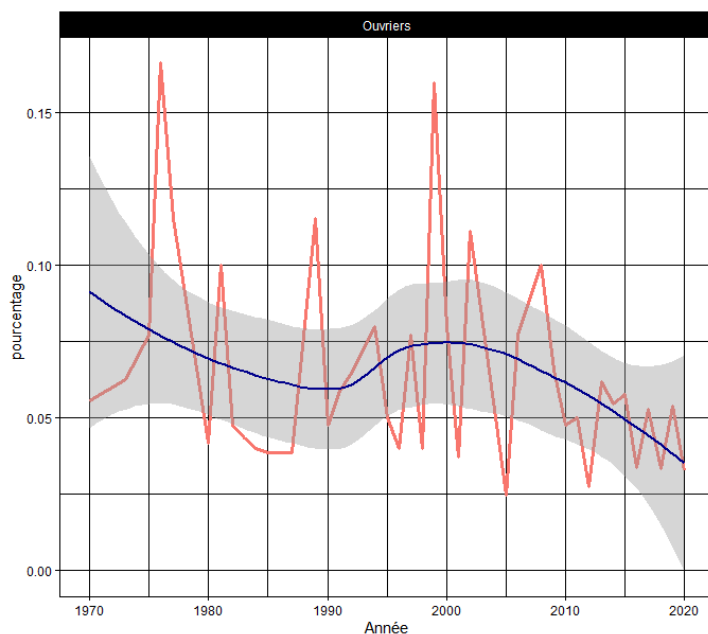


Figure 28 : représentation graphique de l'évolution des pourcentages d'étudiants ayant un père ouvrier.

En réalité, dès les années 1990 et les resserrements progressifs des quotas d'entrée, ce sont bien les enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles supérieures qui s'imposent progressivement comme vainqueurs de la lutte pour entrer dans cette structure. Cette prédominance se confirme au tournant des années 2000 avec le passage en recrutement post première année de médecine.

¹⁴²⁵ Dans le cas des ouvriers, comme des employés, les catégories « qualifiés » et « non qualifiés » de l'INSEE ont été agrégés.

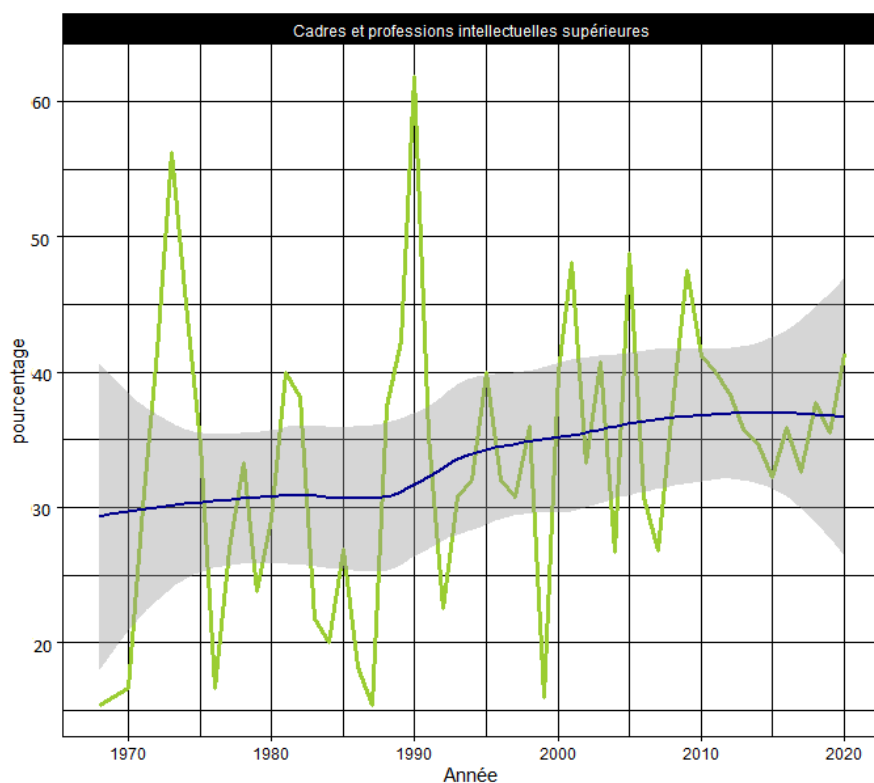


Figure 29 : représentation graphique de l'évolution du pourcentage d'étudiants ayant un père cadre ou profession intellectuelle supérieure.

Rapportée à la population française, l'augmentation constatée du pourcentage d'enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles est à relier à un effet de structure important (passage des taux d'hommes de plus de 50 ans cadres supérieurs et professions intellectuelles de 12,6% en 1982 à 26% en 2020). Pour autant la sélectivité de l'entrée à l'IFMK O lui permet de capter une part toujours importante des enfants de ces classes sociales et leur pourcentage au sein de l'école augmente. Sans gagner en attractivité pour les classes supérieures et les professions intellectuelles (la hausse est plus modeste que l'effet de structure), la kinésithérapie se présente comme une discipline où cette fraction de la population a une part toujours plus importante, en accord avec des sélections toujours plus en leur faveur.

Ainsi, sur 52 ans d'existence, l'exemple de l'IFMK O nous informe d'une mutation du recrutement social des kinésithérapeutes. Alors qu'une part importante des impétrants se caractérisaient historiquement par leurs capitaux économiques, l'instauration d'une logique de concours de plus en plus sélective, jusqu'à finalement rejoindre le concours pour l'accès à la médecine, provoque une augmentation du nombre d'impétrants avec des capitaux scolaires importants. Les catégories supérieures se retrouvent alors fortement favorisées, jusqu'à se rapprocher d'un seuil de 40% des impétrants chaque année. Le capital culturel initial, aisément transformable en capital scolaire, joue ici un rôle primordial pour entrer dans ces instituts. Les catégories les plus défavorisées se retrouvent alors être les enfants des classes ouvrières.

L'IFMK O peut présenter quelques particularités vis-à-vis des autres IFMK en France du fait de la quasi gratuité des frais d'inscription (seuls une douzaine d'IFMK français sont ainsi à frais universitaires sur 52 IFMK à la rentrée 2022¹⁴²⁶). Elle permet sans doute à plus d'élèves issus des catégories sociales « professions intermédiaires » ou « employés » de parvenir à remporter quelques places dans cette compétition scolaire. Cela est sans doute moins le cas dans les IFMK payants. Là, la logique de concours médical, associée à des droits d'entrée financièrement dissuasifs, majore sans doute ces effets de sélection parmi les cadres supérieurs. Dans le même ordre d'idée, sa position d'IFMK de province diversifie sans doute son recrutement social, par rapport aux IFMK parisiens intra-muros, dont les concours alignés sur médecine peuvent sélectionner des profils issus de catégories sociales plus aisées, surreprésentées dans certains quartiers parisiens. Les constats d'évolutions sociales dans le temps restent sans doute grandement extrapolables aux autres IFMK, bien que les effets de sélectivités sociales puissent être en partie atténués dans le cas d'espèce.

Des filles de cadres supérieurs et professions intellectuelles : penser ensemble genre et classe sociale

Si la féminisation est un premier changement important, commun à de nombreux métiers de la santé¹⁴²⁷, elle ne peut pas être comprise de manière isolée¹⁴²⁸. Pour les kinésithérapeutes, cette féminisation est liée à un changement plus profond dans les origines sociales des impétrants. L'évolution des sélections en IFMK français vers des concours favorisant de plus en plus la possession de capitaux scolaires importants fait la part belle aux enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles, et parmi ces enfants, à un nombre croissant de femmes¹⁴²⁹. Toutefois, la mise en relation de ces caractéristiques sociales objectivables (genre et classe sociale¹⁴³⁰) ne se fait pas sans difficulté. Suivant en cela Sirma Bilge¹⁴³¹, il est insuffisant de simplement additionner (ou soustraire) une caractéristique sociale et une

¹⁴²⁶ Ici sont comptés de manière indistincte comme « IFMK » les IFMK pour aveugles, les IFMK pour tout public et les antennes d'IFMK.

¹⁴²⁷ S. BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France », art. cit ; N. LAPEYRE et N. LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », art. cit.

¹⁴²⁸ Marine DUROS, « La variable sexe suffit-elle pour comprendre les inégalités de genre ? : l'apport de l'intersectionnalité », *Regards croisés sur l'économie*, 15-2, 2014, p. 80.

¹⁴²⁹ Thierry Pillon et François Vatin rappellent qu'il s'agit là d'un phénomène assez répandu dans les activités tertiaires : « avec le développement du tertiaire, de nouveaux secteurs professionnels s'ouvrent aux femmes durant cette période. Ceux-ci vont fournir une possibilité de valorisation professionnelle aux femmes des milieux aisés, qui auparavant, ne travaillaient pas ». T. PILLON et F. VATIN, *Traité de sociologie du travail*, op. cit, p. 273.

¹⁴³⁰ Les théories de l'intersectionnalité, d'inspiration anglo-saxonne, y rajoutent systématiquement la variable « race », variable moins explorée en France. Ici, devant la difficulté à trouver une définition commune aux pays enquêtés et à trouver des formules satisfaisantes dans le questionnaire d'enquête, cette variable a été négligée, constituant sans doute un angle mort. Georges Felouzis, notamment, pointe le rôle de l'ethnicité dans le destin scolaire. Georges FELOUZIS, « Ethnic Segregation and its Effects in Middle School in France », *Revue française de sociologie*, 46, 2005, p. 3-35.

¹⁴³¹ Sirma Bilge parle de perspective « holiste », c'est à dire une perspective où « la différenciation sociale est une démarche exigeante qui l'appréhende comme un système complexe possédant des caractéristiques liées à sa totalité, et des propriétés non déductibles de celles de ses éléments ». Elle l'oppose à l'approche « moniste » (une domination fondamentale expliquerait les autres) ou « pluraliste » dans laquelle les caractéristiques s'additionnent ou se multiplient tout en étant pensées comme séparées. S. BILGE, « De l'analogie à l'articulation », art. cit.

caractéristique genrée, mais il faut considérer qu'il s'agit d'un changement global et complexe, dont il n'est pas possible de dissocier les éléments constitutifs : les changements sociaux et genrés marchent de pair. Bien que les théories de l'intersectionnalité restent floues quant aux poids respectifs et à l'autonomie à donner aux catégories sociales ou au genre, quelques analyses des évolutions genrées au sein des groupes sociaux sont possibles. Afin de maintenir une intelligibilité des résultats combinant origines sociales et genres, les classes sociales ont été regroupées en 3 groupes, caractéristiques de 3 positions de l'espace social. Un groupe rassemble les catégories sociales dites « capitaux culturels + », c'est-à-dire enfants de cadres et professions intellectuels, un autre les « capitaux économiques + », c'est-à-dire enfants d'agriculteurs¹⁴³², artisans, commerçants et chefs d'entreprise et enfin celui des « faibles capitaux », regroupe les enfants d'employés et d'ouvriers. Les enfants des professions intermédiaires sont non représentés ici, étant moins polarisés dans une analyse par capitaux (la courbe d'évolution genrée au sein de cette catégorie est à mi-chemin entre celle des catégories à capitaux culturels et celle des catégories à faibles capitaux).

¹⁴³² Le positionnement des agriculteurs dans le groupe possédant des capitaux économiques est discutable. Gilles Laferté, notamment, pointe, d'une part, l'hétérogénéité de ce groupe et, d'autre part, la difficulté à déterminer, derrière le faible revenu parfois déclaré, l'accumulation progressive d'un patrimoine économique (plus ou moins mobilisable, s'agissant en partie d'outils de travail). Dans la région concernée, les données du ministère de l'Agriculture montrent qu'il s'agit principalement de « gros agriculteurs », disposant en moyenne d'une centaine d'hectares et se consacrant principalement aux grandes cultures. Ils rejoignent ainsi le « pôle de moyenne bourgeoisie économique » proposé par Gilles Laferté, qui note d'ailleurs, en convergence avec mes résultats, que c'est dans cette catégorie d'agriculteurs qu'on trouve de nombreuses filles très tôt envoyées faire des études supérieures. Gilles LAFERTE, « Des revenus à la position sociale : reclasser les agriculteurs », *Économie rurale*, 378, 2021, p. 159-174.

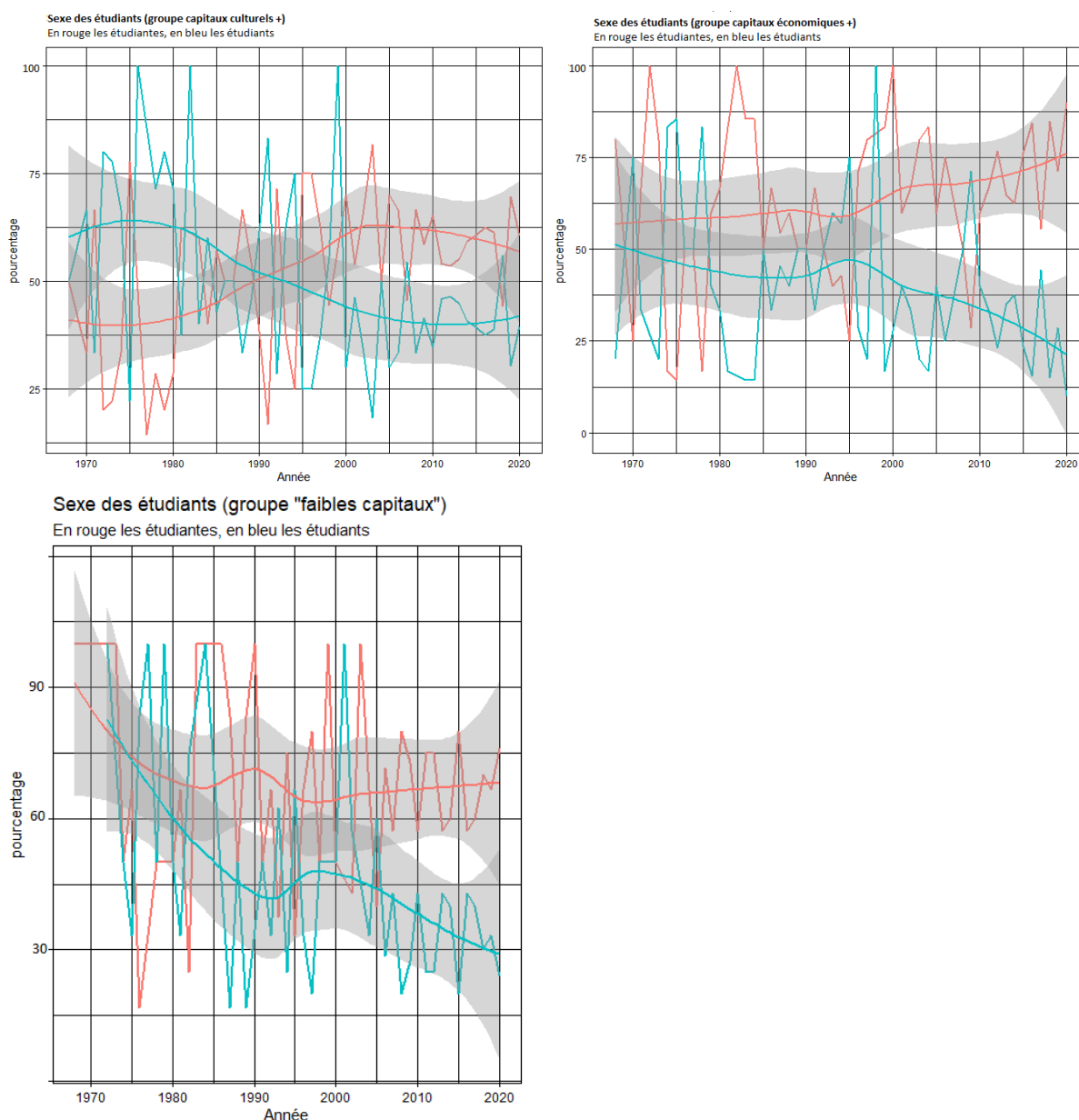


Figure 30 : trois courbes de tendance des distributions selon le sexe¹⁴³³ au sein des trois groupements de catégories sociales.

En haut à gauche, le groupe « capitaux culturels + », en haut à droite, le groupe « capitaux économiques + » et en bas le groupe « faibles capitaux ». Les étudiantes sont en rouge, les étudiants en bleu.

Ces analyses intersectionnelles montrent que, de tout temps, parmi les enfants provenant de familles disposant de capitaux économiques, ce sont les filles qui ont investi les IFMK (courbe en haut à droite)¹⁴³⁴ même si cela s'accroît à l'instauration des concours scolaires. Cette tendance est aussi très

¹⁴³³ Ici « sexe » est à comprendre en termes de catégorie administrative, telle que proposée par l'INSEE. Par approximation il sera considéré que ces catégories nous permettent d'objectiver un partage proprement « genré » des étudiants kinésithérapeutes et des évolutions dans le temps (en lien avec les catégories sociales). Les questions trans, cis ou non binaires restent un angle mort de ce travail.

¹⁴³⁴ Si l'enquête sur cette situation historique atypique (ce sont les seules catégories sociales à avoir ce partage genré historique, les courbes distinctes « enfants d'agriculteurs » et « enfants d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise » faisant toutes deux la part belle aux filles) n'a pas été menée, quelques pistes peuvent être ouvertes. La plus prometteuse est sans doute à relier à l'image de la kinésithérapie, à la fois profession indépendante et à

forte pour les enfants des familles réputées à « faibles capitaux » culturels ou économiques (courbe du bas). Ces filles, dont le point commun est d'être issues de familles peu prédisposées à leur transmettre des capitaux culturels, représentent trois quarts des impétrants de ces milieux en 2020. A l'inverse, il faut attendre les concours sélectifs scolairement (après 1990) pour que les filles deviennent majoritaires parmi les impétrants issus des catégories disposant de capitaux culturels plus évidents. Et, dans ce dernier cas, à rebours des autres catégories, cette féminisation ralentit, voire reflue après l'instauration d'une sélection via médecine (pour se rapprocher de taux de féminisation oscillant entre 55% et 60% au sein des enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles). Il semble donc que la sélection par les résultats scolaires favorise globalement les filles, mais que les garçons résistent quand ils proviennent de familles où le capital culturel est plus fréquent et important, donnant des atouts supplémentaires dans la compétition scolaire. Malgré tout, même au sein des catégories sociales à forts capitaux culturels, ce sont bien les filles qui deviennent majoritaires. Plus que la féminisation par défaut, il semble ici qu'une féminisation par la concurrence scolaire pour une filière de prestige moyen soit à l'œuvre. En ce sens il s'agit d'un phénomène de féminisation favorable à la professionnalisation : ce sont des étudiantes plus « prestigieuses » scolairement (et le plus souvent socialement) que leurs prédécesseurs masculins qui s'imposent dans les IFMK.

Des classes sociales favorisées : un terreau indispensable à la professionnalisation

Ces dispositions sociales semblent déterminantes dans l'établissement comme profession. Toutes les théories sociologiques des professions notent la propension des groupes professionnels à distinguer les formations menant à leur exercice des autres cursus disponibles¹⁴³⁵. La médecine a ainsi été parmi les premières disciplines à investir les universités en création au Moyen Age européen pour y sélectionner ses membres¹⁴³⁶ : dès le XIV^{ème} siècle, elles reçoivent des étudiants soumis à des « *épreuves périodiques échelonnées sur cinq à six ans d'études, leur octroyant successivement les grades de bachelier, licencié et maître ou docteur* »¹⁴³⁷. Si de tous temps cette sélection des médecins se fait aussi bien sur des capitaux économiques (ne serait-ce que par la longueur des temps d'études) que scolaires,

exercice libéral, qui la rapproche des socialisations familiales en milieu agricole ou commerçant, tout en étant une profession d'auxiliaire du médecin, attirant préférentiellement les filles de ces familles.

¹⁴³⁵ Visible notamment à travers les « fraternités » médicales du milieu du XX^{ème} siècle américain : H. S. BECKER, *Boys in white, op. cit.*, p. 148-149. Ou plus récemment le travail d'Emmanuelle Godeau sur les fresques des internes, montrant l'étendue du sentiment d'appartenance commune et la force d'une socialisation secondaire distincte des autres corps. E. GODEAU, « Les fresques de salle de garde », art. cit.

¹⁴³⁶ E. FREIDSON, *La Profession médicale, op. cit.*, chap. 1.

¹⁴³⁷ A noter que Jean-Charles Sournia rapporte des pratiques d'examen des membres dès la période musulmane : « *dès 932, le calife Al-Muqtadir rend obligatoire un examen préliminaire avant d'exercer la médecine et il charge l'un de ses médecins d'organiser les épreuves* ». Jean-Charles SOURNIA, « Le Moyen Age méditerranéen », in *Histoire de la médecine, La découverte.*, Paris, 2004, p. 56-103, p. 56-103.

c'est bien cette dernière logique qui est perçue comme légitime aujourd'hui¹⁴³⁸. Les formations aux professions sont réservées aux privilégiés¹⁴³⁹, mais le principe d'égalité diminue la légitimité d'un accès via les capitaux économiques, l'affichage d'une réussite scolaire paraît bien plus égalitaire et, in fine, juste¹⁴⁴⁰.

Ce choix de sélection ne tient pas qu'à un cadre cognitif général. La mise en exergue d'un niveau scolaire élevé permet aussi de sacrifier le cursus d'accès à la profession : « *Les professions plus anciennement établies, le droit et la médecine, ont depuis longtemps leur place dans les universités ; aujourd'hui, dans notre pays, elles peuvent exiger de leurs candidats quatre années d'études à l'université, suivies de trois ou quatre années supplémentaires dans une école professionnelle. Elles sont même tellement sûres de leur rang qu'elles ont tendance à encourager les étudiants à poursuivre n'importe quelles études « undergraduate », pourvu qu'elles soient brillamment menées à terme. Pouvoir faire son choix parmi les jeunes gens qui arrivent sur le marché du travail, puis leur imposer de longues études avant de les admettre dans le cercle magique est l'une des preuves qu'un métier – ou une université – peut donner de son statut élevé* »¹⁴⁴¹. Seuls des élus peuvent accéder aux études menant aux professions et cet entre-soi permet aussi insidieusement de proposer, par la même, que seuls ces élus sont capables de maîtriser ce savoir¹⁴⁴². Cet écart du professionnel au profane est pointé et largement critiqué par les courants interactionnistes de l'école de Chicago (Hughes ou Becker), quand les auteurs suivants, plus modérés, comme Andrew Abbott, soulignent l'importance primordiale de cette ésotérie pour le statut professionnel : « *seul un système de connaissance abstraite peut redéfinir les problèmes et les tâches, les défendre contre les extérieurs et s'occuper de nouveaux problèmes* »¹⁴⁴³. C'est là que le glissement de la sélection à la formation vers la fermeture du marché du travail est particulièrement précieux aux groupes professionnels¹⁴⁴⁴ : seuls des élus ont la capacité de maîtriser le savoir nécessaire à l'exercice, ce qui veut dire que le profane qui s'y risquerait ne pourrait que mal (ou moins bien) agir.

¹⁴³⁸ Marc Olivier Déplaudé décrit comment la rhétorique de la « qualité » des médecins s'est imposée en opposition à la quantité (non régulée et dangereuse pour le groupe) M.-O. DEPLAUDE, « Une mobilisation contre-révolutionnaire », art. cit.

¹⁴³⁹ Voir Howard Becker et ses descriptions des origines sociales (et des projets professionnels) des étudiants en médecine américains de la seconde moitié du XX^e siècle. H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit.

¹⁴⁴⁰ Il n'en est rien comme le rappellent de nombreux ouvrages, de Pierre Bourdieu à Paul Pasquali. Comme l'énonce le ministre communiste Anicet Le Pors (début de la présidence Mitterrand) cité par Paul Pasquali : « *Pour lutter contre les inégalités, il faut être inégalitaire. Un concours égal dans une société inégalitaire est injuste* » P. BOURDIEU et J.-C. PASSERON, *Les héritiers*, op. cit. ; P. PASQUALI, *Héritocratie*, op. cit.

¹⁴⁴¹ E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit., p. 114.

¹⁴⁴² Everett Hughes souligne qu'une des forces des professions réside dans le jugement de l'erreur : la possession du savoir réserve ce jugement aux seuls membres de la profession. *Ibid.*, p. 109. Ce jugement est partagé par Elliott Freidson. E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit., chap. 7.

¹⁴⁴³ « *Only a knowledge system governed by abstractions can redefine its problems and tasks, defend them from interlopers, and seize new problems* » A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit., p. 8.

¹⁴⁴⁴ Ce qui peut contribuer à distinguer les professions des métiers à marchés du travail fermés que Catherine Paradeise a tendance à considérer ensemble. C. PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », art. cit.

Il faut donc réserver le travail et accorder un statut privilégié aux élus. A ce titre, les réticences soulevées par des mesures d'accès directs aux paramédicaux et de délégations de tâches à l'occasion du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022 sont révélatrices. Autorisant un accès direct (sans ordonnance médicale) aux orthophonistes, un accès direct expérimental aux kinésithérapeutes et des tâches élargies (prescription de certaines lunettes) aux orthoptistes, ces mesures ont entraîné des réactions vives des représentants de médecins. Le contenu de leurs messages d'alerte s'opposant à ces mesures appuie sur cette réservation du travail via la réservation du savoir :

« Notre profession [...] a le devoir de défendre les patients contre les dérives législatives [...]. Comment imaginer que l'accès direct aux orthophonistes, mais aussi aux kinésithérapeutes puisse régler le problème de la démographie médicale ? [...] **La prise en charge directe exclue toute démarche diagnostique** initiale et expose au risque d'erreur médicale [...] [en conséquence] le SNORL¹⁴⁴⁵ demande de **garantir l'exclusivité de la démarche diagnostique et de la prescription aux seuls médecins** »

Communiqué de presse du syndicat des médecin ORL, 22/10/2021 (nous soulignons en gras).

« Le conseil national de l'ordre des médecins y est fermement opposé [à la prescription de lunettes par des orthoptistes] [...] Le médecin, **en raison de sa formation**, est le seul à pouvoir poser un **diagnostic** médical et prendre en charge un patient pris dans sa globalité [...] [ces dispositions] dérogent aux règles sur l'exercice illégal de la médecine »

Lettre du CNO, adressée à ses membres, citée par le député J.P. Door (cardiologue, droite républicaine) en séance au parlement (22/10/2021) pour s'opposer aux mesures de délégation prévues dans le PLFSS 2022 (nous soulignons en gras).

Dans ces communiqués des médecins, la place dans la division du travail est assurée par la maîtrise diagnostique, elle-même sous tendue par un enseignement reçu meilleur que celui des auxiliaires. La sélection sur les capitaux scolaires est alors une avancée précieuse. Pierre Bourdieu a historiquement mis en évidence la porosité qui existe entre capital culturel et capital scolaire¹⁴⁴⁶ : dans le cas des professions cela permet aux membres de mettre encore plus à distance le profane¹⁴⁴⁷. Non seulement l'inaccessibilité du cursus referme celui-ci en une boîte noire, mais la sélection de membres à capitaux culturels légitimes importants augmente l'inégalité de position, de rhétorique et d'affichage de savoir vis-à-vis du reste de la population¹⁴⁴⁸. Non seulement l'apprentissage de la médecine est réservé aux médecins, mais ses membres peuvent ensuite mobiliser des formes langagières (appuyées par une lexicologie propre) leur permettant de se distinguer du profane¹⁴⁴⁹. Cela favorise un entre-soi (notamment par l'endogamie) permettant de moins diluer l'illusion savante par un partage trop fréquent des constats de routines quotidiennes de travail. Cela permet en somme d'appuyer la légitimité de l'asymétrie sociale entre professionnel et majorité de la population par une asymétrie culturelle

¹⁴⁴⁵ Syndicat National des médecins spécialisés en ORL

¹⁴⁴⁶ P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit ; P. BOURDIEU et J.-C. PASSERON, *Les héritiers*, op. cit ; Pierre BOURDIEU et Jean Claude EICHER, *Capital humain, capital culturel*, Ecole Normale Supérieure de St Cloud, 1977.

¹⁴⁴⁷ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit, part. 3.

¹⁴⁴⁸ Pour des pistes quant au rôle de la socialisation non professionnelle dans l'exercice professionnel voir Maud GELLY, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale: Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 35-3, 2017, p. 71.

¹⁴⁴⁹ H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit, p. 322-324.

naturalisant l'asymétrie scolaire et accréditant cette méritocratie professionnelle. Le capital scolaire permet aux professions d'afficher l'image d'une activité également distribuée et une promesse envers l'ensemble de la population : toute personne méritante scolairement peut intégrer le groupe ; tandis que, dans le même temps, seuls les titulaires de capitaux culturels, principalement choisis parmi les cadres supérieurs et professions intellectuelles, y réussissent¹⁴⁵⁰.

La naturalisation de ce lien entre impétrants privilégiés (plutôt culturellement dans le cas des professions) et position sociale favorisée explique cette appétence des groupes professionnels plus fragiles pour une sélection stricte de ses membres et des cursus longs (les possibles transclasses en réussite scolaire sont partiellement écartés par des études longues et, par essence, coûteuses). Il s'agit de tenir à la fois un temps de formation suffisant pour justifier de l'ésotérie du savoir et des membres susceptibles de bien représenter cette prétention.

Les étudiants kinésithérapeutes français sont sélectionnés selon leur réussite scolaire à un concours, d'abord spécifique, puis progressivement aligné sur la médecine. Ces évolutions excluent progressivement les élèves issus des milieux disposant de capitaux économiques¹⁴⁵¹. Alors qu'ils étaient historiquement surreprésentés, la mise en place des concours réduit leur nombre à des taux proche de la population générale¹⁴⁵². Les catégories les moins à même de mobiliser des capitaux favorables à la réussite scolaire (les ouvriers notamment, les employés dans une mesure moindre) restent, quant à eux, sous-représentées. Parmi ces enfants issus de catégories sociales désavantagées par les concours scolaires se sont d'abord les filles qui parviennent à franchir les barrières¹⁴⁵³, accentuant la féminisation générale de l'activité. De l'autre côté du spectre social, la kinésithérapie se révèle suffisamment attractive pour entraîner une compétition scolaire : les enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles sont les grands gagnants et se retrouvent sur-représentés dans les écoles, avec un partage genré moins net que pour les autres catégories. La kinésithérapie française accueille donc des impétrantes en réussite scolaire, capables d'intégrer une formation concurrentielle, tout en marquant par

¹⁴⁵⁰ Les syndicats médicaux « contre-révolutionnaires » (suite aux évolutions de l'année 1968) décrits par Marc-Olivier Déplaudé mettent largement en avant ce concours légitime et égalitaire : « *Tout l'effort des dirigeants du SAEM a donc tendu à singulariser leur cause et à la dépolitiser, de manière à ce que l'institution d'un concours en début d'études médicales apparaisse comme justifiée principalement pour des raisons techniques, spécifiques à la médecine.* » M.-O. DEPLAUDE, « Une mobilisation contre-révolutionnaire », art. cit.

¹⁴⁵¹ Ces étudiants à capitaux économiques se retrouvent dans les écoles étrangères à faible sélection scolaire, indiquant bien qu'il s'agit d'une exclusion de ces étudiants en France et non pas d'un détournement, de leur part, vers d'autres activités.

¹⁴⁵² Il convient de rappeler que les capitaux économiques peuvent tout à fait être mobilisés en vue de la réussite scolaire (financement d'écoles privées, de cours particuliers, de séjours linguistiques à l'étranger...) A. VAN ZANTEN, « La compétition entre fractions des classes moyennes supérieures et la mobilisation des capitaux autour des choix scolaires », art. cit.

¹⁴⁵³ D. LAFONTAINE, V. DUPRIEZ, M. V. CAMPENHOUDT et C. VERMANDELE, « Le succès des « héritières » », art. cit.

leur présence féminine que ces formations ne mènent pas aux postes les plus prestigieux de l'espace social, qui sont encore masculins et plus endogamiques socialement¹⁴⁵⁴.

b) La kinésithérapie conserve des voies d'accès pour des étudiants disposant de capitaux économiques : approche transversale des voies de contournement européennes

Dans le cas des kinésithérapeutes français, l'évolution dans le temps de la sélection semble accréditer cette progression « qualitative » des impétrants. Dans le même temps, des gains dans la démarche de professionnalisation sont notés (semi autonomie dans la formation, affaiblissement de la tutelle médicale, tel que présenté au chapitre 1). Pourtant cette clôture française est mise en tension par l'ouverture européenne et sa mise en équivalence de diplômes nationaux de kinésithérapeutes permettant d'accéder à des positions sociales inégales selon les pays : dans la péninsule ibérique l'activité est très commerciale, avec une concurrence exacerbée entre kinésithérapeutes mais aussi vis-à-vis des métiers concurrents. Cela est visible notamment via des publicités papiers pour des cabinets de kinésithérapie dans les halls d'hôtels catalans ou des signalisations très voyantes des établissements de kinésithérapie les mieux situés, dans les rues de fortes affluences. Les revenus tirés de l'activité semblent très incertains et plus faibles que les revenus en France¹⁴⁵⁵, participant à décourager les étudiants français sur place d'y rester pour y développer une activité une fois le diplôme en poche. Enfin, pour les kinésithérapeutes ibériques qui trouvent un travail au sein des institutions les plus au cœur du champ médical (les hôpitaux notamment, mais, au Portugal et en Espagne, il est possible de retrouver des kinésithérapeutes directement salariés des médecins libéraux) le travail semble peu autonome, avec une part importante d'exécution technique : l'un des enquêtés espagnol du pays basque, décrit ainsi être venu en France pour avoir une autonomie dans son travail qu'il ne trouvait pas en Espagne. Il travaillait alors dans le cabinet d'un chirurgien-dentiste, et proposait des rééducations codifiées et répétitives des articulations de la mâchoire suite aux opérations dentaires.

Ces positions inégales favorisent des migrations européennes d'ampleurs plus importantes que pour les professions établies. Or celles-ci font pénétrer dans le groupe professionnel français des impétrants dotés de propriétés sociales plus variées. Si la comparaison des propriétés sociales d'acteurs de nationalités différentes présente des difficultés, des français se trouvent en nombre parmi ces travailleurs migrants à

¹⁴⁵⁴ Catherine MARRY, Laure BERENI, Alban JACQUEMART, Fanny Le MANCQ, Sophie POCHIC et Anne REVILLARD, « Le genre des administrations. La fabrication des inégalités de carrière entre hommes et femmes dans la haute fonction publique », *Revue française d'administration publique*, 1-153, 2015, p. 45-68.

¹⁴⁵⁵ Sur les revenus, le niveau de vie global du pays, sensiblement plus bas doit être pris en compte. Pour un ordre de grandeur, un enseignant kinésithérapeute (titulaire d'un master) dans une université privée m'a donné, comme revenu, une fourchette de 1000 à 1500 euros mensuels. Au Portugal, une kinésithérapeute libérale m'a parlé de son revenu à hauteur de 1000 euros par mois, un autre enquêté hospitalier portugais évoquant le même ordre de grandeur.

diplômés étrangers¹⁴⁵⁶. L'analyse de leurs propriétés sociales montre qu'ils forment un groupe d'exclus du processus de sélection française : ils sont plus masculins et dotés de moindres capitaux culturels ou scolaires. Ils contournent alors la fermeture de la formation hexagonale via des cursus alternatifs dans d'autres pays européens.

Méthodologie de l'enquête par questionnaire

Une enquête par questionnaire, a été réalisée auprès d'étudiants kinésithérapeutes de 10 structures de formation dans 4 pays. Celle-ci s'est imposée pour tester l'hypothèse d'un clivage social parmi les kinésithérapeutes selon les pays de formation. En effet, lors des entretiens avec des jeunes professionnels et étudiants formés à l'étranger, leurs profils sociaux ont rapidement questionné. Le recrutement de ces enquêtés, essentiellement de proche en proche, a fait émerger des profils assez clivés selon les nationalités et lieux d'études : les étudiants français semblaient être issus de familles majoritairement aisées, avec un nombre de cadres supérieurs et professions intellectuelles importants. A l'inverse, les français ayant fait des études à l'étranger semblaient avoir des profils sociaux plus proches de ceux de fils de commerçants, artisans ou chefs d'entreprise.

Le questionnaire a donc eu pour but de décrire les profils sociaux d'étudiants par école. Les lieux d'enquête n'ont pas été choisis en fonction d'une représentativité dans chaque écologie nationale, mais plutôt en fonction d'une diversité d'organisations permettant des comparaisons inter-structures.

En France, ont été enquêtées, une structure privée parisienne (« IFMK P »), une structure publique universitaire de province étudiée précédemment de manière longitudinale (l'« IFMK O »), une structure publique hospitalière de province de région frontalière à un pays « exportateur » de kinésithérapeutes (« IFMK T ») et deux structures agrégées¹⁴⁵⁷, publiques hospitalières de province, frontalières de pays « exportateurs » de kinésithérapeutes mais ayant de plus le statut d'antennes locales (« Antennes »).

En Espagne il s'est agi de deux structures privées frontalières (l'une étant plus proche de la frontière française, « Privada V », que la seconde, « Privada M ») et d'une structure publique (« Publica »).

En Belgique il s'agissait d'une université publique, l'« UB ». Si dans le système belge une haute école aurait pu être enquêtée en complément, les entretiens avec les français ne mettent pas en évidence un réel choix différents entre les deux structures.

¹⁴⁵⁶ Les français forment plus de 60% des autorisations d'exercices de titulaires de diplômes étrangers. A. GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », art. cit.

¹⁴⁵⁷ Ces deux structures, bien qu'éloignées géographiquement, partagent de nombreux points communs : antennes d'instituts hospitaliers publics, dans des villes moyennes, constituant plutôt des seconds choix par rapport aux structures de métropoles, dans des régions soumises à migrations européennes. Elles présentent en outre de faibles effectifs et à ce titre sont possiblement plus sensibles aux variations de profils annuels, justifiant leur agrégation (assumant sur ce point un positionnement épistémologique réductionniste, appuyant sur l'agrégation de la volonté des acteurs -si possible en grand nombre- pour comprendre les phénomènes, comme discuté par J. MARCH et J. OLSEN, « The new institutionalism : organizational factors in political life », art. cit.)

Enfin au Portugal, les contraintes temporelles et matérielles de l'enquête l'ont restreinte à une école polytechnique publique, « Interior ». Il a été choisi une école de l'intérieur du territoire (vieillissant, région plutôt pauvre), pour pouvoir travailler sur les propriétés sociales des étudiants ainsi éloignés des grandes villes étudiantes. Le manque de comparaison avec un cas similaire portugais en zone « attractive » limite toutefois la portée des constats.

Structure	Caractéristiques	Nombre d'étudiants répondants	Pourcentage de répondants (nombre de questionnaires rendus par rapport au nombre d'inscrits dans le cursus)
IFMK P	France, privé ¹⁴⁵⁸ , Paris	170	90,4%
IFMK O	France, publique universitaire, métropole régionale	82	43,2%
IFMK T	France, publique hospitalière, métropole régionale	97	75,8%
Antennes	France, publiques hospitalières (antennes), villes moyennes	67	97,1%
Privada V	Espagne, privé, 120 km de la frontière	245	72,1%
Privada M	Espagne, privé, 180 km de la frontière	303	85,8%
Publica	Espagne, publique universitaire	100	82,6%
UB	Belgique, publique universitaire	252	58,9%
Interior	Portugal, publique école polytechnique	43	53,1%

Tableau 32 : présentation des structures enquêtées et de la répartition des 1359 questionnaires traités.

Les structures de formation enquêtées ne l'ont pas été en fonction d'une représentativité supposée mais en fonction d'un effet de contraste entre situations postulées disparates : de pays, de statut public/privé, de localisation géographique (attractivité des villes, distance depuis la frontière) ou de structure support (écoles polytechnique, universités, écoles hospitalières). La raison principale tient au statut de la notion de représentativité, qui se rapporte toujours à un objet de recherche et à des hypothèses sur celui-ci. Les choix des critères de représentativité sont alors des conventions postulant l'importance des variables à contrôler pour se déclarer représentatif. La démarche inductive se prête avec difficulté à ces choix

¹⁴⁵⁸ Dans les cas enquêtés, les structures privées sont payantes (entre 5 000 et 10 000 euros l'année) tandis que les publiques sont « gratuites » (frais entre 100 et 800 euros)

préalables de représentativité et il a été privilégié ici d’approcher l’exhaustivité au sein d’échantillons choisis pour leurs différences. Ce n’est que dans un second temps, à la lecture des données, que les variables les plus explicatives (ici le pays principalement et le statut public/privé dans le cas espagnol) ont été sélectionnées et analysées. En toute rigueur, les constats auprès de quelques structures de chaque pays enquêté ne sont extrapolables à l’ensemble des étudiants des pays qu’avec des réserves. En réalité, l’inférence des résultats d’un échantillon à une population générale présente toujours une probabilité d’erreur. C’est généralement le contrôle a posteriori, sur la population, qui accrédite ces généralisations¹⁴⁵⁹. Ces inférences à une population générale (par pays, raffiné entre public et privé pour l’Espagne), se font, en termes strictement statistiques, sur une population « imaginaire »¹⁴⁶⁰, c’est-à-dire conforme à l’échantillon. Le tout est d’avoir suffisamment d’éléments de compréhension pour analyser ce qui, dans cette population inférée imaginaire, se rapproche d’éléments de la population réelle. Pour ce faire, un rapprochement a été fait avec les données DREES (via les enquêtes « Ecoles » à destination des formations paramédicales) sur les variables comparables (sexe, baccalauréat et CSP). Pour le sexe¹⁴⁶¹ déclaré des étudiants, les données sont accessibles¹⁴⁶² pour 2019 (date de passation du questionnaire ici analysé) et révèlent, pour les IFMK français, un taux de féminisation de 58,9% (contre 64,9% pour nos répondants en IFMK français)¹⁴⁶³. Pour les baccalauréats et les CSP, des données DREES accessibles sont plus anciennes, de 2016. La quasi homogénéité de baccalauréats scientifiques est partagée (97% parmi les répondants en IFMK français, 94,8% pour les données DREES). Les CSP, par contre, présentent des éléments de différences avec les résultats du questionnaire :

	Questionnaire passé à la rentrée 2019 auprès de 5 structures françaises (IFMK P, IFMK O, IFMK T et Antennes)	Données DREES issues de l’enquête « Ecoles »
Agriculteurs	3,4%	2,8%
Artisans, commerçants, chefs d’entreprise	11,5%	10,9%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	40,6%	40,6%
Professions intermédiaires	17,8%	11,4%

¹⁴⁵⁹ Olivier MARTIN, *L’analyse quantitative des données*, 5e éd., Malakoff, Armand Colin, 2020, p. 28.

¹⁴⁶⁰ Daniel SCHWARTZ, *Le jeu de la science et du hasard: la statistique et le vivant*, Paris, Flammarion, 1994, p. 33-34.

¹⁴⁶¹ La donnée administrative de la DREES est le « sexe » des étudiants.

¹⁴⁶² Grâce à l’ « open data » de la DREES, données accessibles à l’adresse web : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/.

¹⁴⁶³ Sans explication évidente, les erreurs importantes de codage du genre semblent improbables et il est difficile de concevoir sous quelles modalités les IFMK d’enquête diffèrent de manière genrée des autres IFMK français. Une hypothèse peut incriminer les non répondants (essentiellement des absents en cours au moment de la passation du questionnaire), avec une meilleure assiduité des filles, qui seraient de ce fait surreprésentées dans cette enquête.

Employés	6,2%	19,2%
Ouvriers	7,2%	8,1%
NA (non attribués)	4,8%	6,2%

Tableau 33 : présentation des CSP relevées via le questionnaire de cette enquête et via les données DREES¹⁴⁶⁴.

Des différences existent entre les données produites via mon échantillon d'écoles « contrastées » et les données DREES. Si le manque de représentativité peut être incriminé, l'essentiel de la différence semble porter sur les catégories « employés » et « professions intermédiaires ». Bien que, pour mes données, j'ai réalisé le codage initial par deux fois de façon successive, cette différence a entraîné un troisième recontrôle, tendant à confirmer la quantification proposée. La différence peut alors provenir de la différence de procédure entre les récoltes des données DREES et de mes données propres. Alors que j'ai réalisé le codage, interprétant les réponses des étudiants quant aux métiers de leurs parents, le questionnaire de l'enquête DREES propose aux étudiants de directement proposer la CSP de leurs parents¹⁴⁶⁵. Il semble plausible que, dans ce cas, un certain nombre d'étudiants aient minoré les catégories « professions intermédiaires » relativement floues au profit d' « employés »¹⁴⁶⁶ possiblement assimilable à un « salariat » sans connaître la nomenclature. Le codage par l'enquêteur n'est pas exempt de tout reproche, mais les incertitudes ont plus porté sur les porosités entre catégories « ouvriers » et « artisans, commerçants, chefs d'entreprise »¹⁴⁶⁷, qui semblent plutôt en accord avec les résultats DREES.

Ces éléments laissent à penser que, dans le cas français, les écoles choisies permettent de dresser un portrait représentatif des étudiants kinésithérapeutes. Il n'a pas été possible de réaliser un travail comparatif similaire avec les autres pays, aussi les regroupements nationaux et généralisations ne seront alors proposés que sur des éléments particulièrement saillants.

Présentation et traitement du questionnaire :

¹⁴⁶⁴ Une catégorie « autre » constitue 8,4% de nos réponses (militaires, handicapés, sans emploi, retraités), qui n'existe pas dans les données DREES (seule une catégorie « personne n'ayant jamais travaillé » est mentionnée, avec un pourcentage de 0,7%)

¹⁴⁶⁵ Le questionnaire est accessible via le « réseau Quetelet », à l'adresse web : http://www.progedo-adisp.fr/documents/lil-1082/Questionnaires2014_EEsante.pdf, visible le 03/02/2022.

¹⁴⁶⁶ Les acheteurs, secrétaires de direction, chefs cuisiniers, informaticiens, comptables ou techniciens sont classés par l'INSEE en professions intermédiaires, alors que le lien de salariat peut entraîner un renseignement étudiantin comme employés.

¹⁴⁶⁷ En effet, de nombreux métiers peuvent être pratiqués dans un contexte d'indépendant ou de salarié, entraînant une classification comme « artisans » dans un cas et « ouvriers » dans l'autre. Or, malgré la consigne, l'employeur n'a pas toujours été renseigné. Par choix (discutable mais permettant d'éviter un trop grand nombre de « NA »), et en l'absence d'indication quant aux situations de travail, les ébénistes, chauffeurs de taxi, serruriers, charcutiers, boulangers, artisans peintres, joailliers, cordonniers et restaurateurs ont été classés comme « artisans, commerçants ou chefs d'entreprise » tandis que les électriciens, cuisiniers, maçons, façadiers, menuisiers et plombiers ont été classés comme « ouvriers ».

De format papier, rédigé dans les différentes langues des pays d'enquête, le questionnaire (disponible en français en annexe 3) comportait 51 questions. Celles-ci étaient de différentes natures (ouvertes, fermées, qualitatives nominales à choix multiples ou en tableau, ainsi que des échelles numériques). Il a été administré en présence de l'enquêteur, sur les lieux de formation, après un premier test sur une « promotion » d'étudiants français l'année précédente (promotion non réenquêtée dans la version finale). Les promotions enquêtées ont été celles de première année de cursus¹⁴⁶⁸ et de dernière année, et le questionnaire a été administré au cours des 6 premières semaines de cursus¹⁴⁶⁹.

En dehors des questions permettant de caractériser les populations enquêtées (ville d'origine, âge, nationalité, année et établissement de formation), trois thématiques ont été investiguées : les déterminants sociaux de ces étudiants, leur perception de la formation en kinésithérapie et leur projet professionnel.

Les questions sur les déterminants sociaux ont été construites selon la logique d'indicateurs « objectifs » (spécialité de baccalauréat et mention, profession des parents, entourage familial travaillant dans la santé, pratique sportive, pratique d'un instrument de musique, passage par des cours préparatoires payants, financement des études, type de logement étudiant, pratique du latin/grec). Cette enquête par indicateur a plutôt favorisé les questions fermées (pratique du latin/grec, oui/non) ou ouvertes mais courtes (quel sport est pratiqué), permettant un pré-codage par l'enquêteur (sports populaires/intermédiaires/élitistes¹⁴⁷⁰ ou CSP de 2003 réduite à 8 classes).

Les questions sur la perception de la formation étaient de nature plus subjectives, alternant entre questions ouvertes et échelles numériques (jugement de 0 à 10 quant à la charge de travail pour intégrer le cursus, au cours de celui-ci et quant aux chances de valider le diplôme, mais aussi interrogation sur le premier choix d'études supérieures, le choix ou non d'études à l'étranger, ses raisons, l'interconnaissance d'étudiants en mobilité, le jugement quant aux autres formations européennes et aux équivalences). A noter que ces jugements subjectifs avaient, dès le début, été pensés comme fragiles, ce qui avait entraîné quelques questions en rapport avec l'Europe et à la maîtrise des langues étrangères. L'idée était de mettre en lumière ces positionnements et leur impact sur les perceptions des formations étrangères (voyages réalisés, avis sur l'Europe, sur la libre circulation, niveau dans différentes langues). Le projet était de fournir des échelles quantitatives permettant d'étayer la montée en généralité sur les jugements et hiérarchies mises à jour lors de l'enquête par entretien. Les résultats se sont pourtant révélés trop confus pour être exploités (certains enquêtés ont survalorisé leur formation pour se légitimer ou au contraire l'ont dévalorisé pour exprimer une protestation, sans liens réels avec la hiérarchisation des cursus).

Enfin le projet professionnel a été pensé selon la logique de questions fermées ou à réponses courtes (projets de poursuites d'études, mode d'exercice envisagé, pistes d'emplois, pays d'exercice souhaité, avis sur la clôture du nombre à l'entrée en formation ou à l'installation libérale conventionnée). Il s'agissait plus de comparer les variations de projets professionnels selon les lieux d'études que de les comprendre (ce qui était plus l'objet de l'enquête par entretiens), d'où le choix de restreindre les réponses possibles.

Les réponses ont toutes été traduites (quand nécessaire) et saisies pour un tri à plat sous « Excel ».

Un premier choix a été fait à ce niveau et quelques questions ont été considérées comme peu informatives : ça a été le cas de la majorité des questions subjectives, trop ouvertes ou pouvant porter à interprétations différentes selon les contextes. Par exemple, la question sur les préparations privées pour entrer dans le cursus n'a pas été traitée statistiquement : lors de la passation des questionnaires, il s'est avéré que la lecture de la question était très variable. Certains y voyaient les préparations privées aux concours d'IFMK français ou aux concours de médecine, d'autres le « tutorat »

¹⁴⁶⁸ Dans le cas français il s'agissait de la première année intra IFMK.

¹⁴⁶⁹ Howard Becker rapport des changements dans les comportements et un premier ajustement des étudiants après 6 semaines de cursus en faculté de médecine. Il s'agissait ici de saisir, à travers les premières années, des étudiants avec une image encore profane de leurs études. H. S. BECKER, *Boys in white, op. cit.*

¹⁴⁷⁰ Distinction finalement abandonnée au vu de la difficulté à trouver des tables à jour recensant les pratiques sportives selon les classes sociales, mais aussi par les nombreux autres clivages traversant le choix d'un sport (accessibilité, âge...). Dominique BODIN, Stéphane HEAS et Luc ROBENE, « Les goûts sportifs : entre distinction et pratique élective raisonnée », *Sociologie et sociétés*, 36-1, 2004, p. 187.

universitaire et d'autres encore les cours de langue privés en vue de la migration... Les réponses étaient donc difficilement agrégables.

Par ailleurs, à la difficulté traditionnelle d'enquêter le symbolique et le subjectif par questionnaire¹⁴⁷¹, s'est rajoutée la difficulté à analyser des réponses dans des contextes géographiques et culturels aussi variés. Si ces réponses (essentiellement sur la perception de la formation) ont souvent été stimulantes pour proposer de nouvelles pistes lors des entretiens, elles n'ont pas été traitées statistiquement.

Quelques premiers retraitements ont été réalisés à ce moment-là, comme le codage du métier des parents, avec un double codage selon les Catégories Socio-professionnelles (CSP) de 2003 et selon la Classification Internationale du Type de Profession (CITP) de 2008. Malgré sa dimension internationale, ce codage CITP n'a ensuite pas été exploité, car il permettait moins de mettre en lien les constats statistiques et les facteurs explicatifs culturels et sociaux que les CSP.

Le traitement statistique a été réalisé sous « R », avec une grande part de statistiques descriptives (pourcentages des catégories de réponses), testées dans leur significativité via le Khi2. Quelques analyses multivariées ont été réalisées (régressions logistiques avec calculs de risques relatifs) dans les cas où plusieurs facteurs explicatifs se surajoutaient.

Quelques recatégorisations ont été réalisées lors de ce travail sous « R », pour rendre plus lisibles les résultats (regroupement de catégories sociales, de certains baccalauréats technologiques « rares »...) ainsi qu'un « nettoyage » des données (codage des binationaux en « autres », recodage des projets professionnels afin de prendre en considération les choix de libéral et de salariat comme des projets « mixtes » recodés en catégories à part entières...). Si ces traitements entraînent toujours des pertes d'information, il s'agit d'un processus inhérent à la démarche scientifique, qui doit arbitrer entre une volonté de rester au plus près des données décrivant la réalité, tout en les rendant intelligibles : ces recatégorisations ont toujours été faites en vérifiant préalablement que le sens de l'analyse restait toujours identique à ce qui était visible avec les données brutes plus complexes.

Les hommes contournent la sélection française

Alors que l'analyse longitudinale au sein de l'IFMK O montre une féminisation des étudiants, le constat diffère pour les étudiants à l'étranger.

Sur la totalité des structures de formation enquêtées, les femmes semblent légèrement majoritaires (53% de femmes contre 47% d'hommes parmi l'ensemble des répondants). Il existe cependant une disparité selon les écoles :

Structures	IFMK P Paris (n = 170)	IFMK O (n = 82)	IFMK T (n = 97)	Antennes (n = 67)	Privada V (n = 245)	Privada M (n = 303)	Publica (n = 100)	UB (n = 252)	Interior (n=43)
Pourcentages de femmes	57,6%	72%	70,1%	67,2%	48,6%	43,9%	65%	45,2%	69,8%

Tableau 34 : Pourcentages de femmes parmi les étudiants des écoles investiguées¹⁴⁷².

¹⁴⁷¹ François de Singly propose de limiter les questions sur les interprétations des phénomènes pour éviter d'obtenir une enquête d'opinion. F. de SINGLY, *L'enquête et ses méthodes*, op. cit.

¹⁴⁷² Un test du khi 2 a été effectué, avec un « p-value » de $4,4 \times 10^{-8}$ soit largement sous le seuil des 1% de probabilité que cette distribution soit due au hasard d'échantillonnage. La distribution genrée est donc réputée significativement différente selon les écoles. Dans la suite du texte, par convention, les résultats testés

La féminisation du cursus augmente avec la sélectivité scolaire de l'entrée : les trois écoles qui accueillent plus d'hommes que de femmes sont celles dont l'entrée se fait sans concours : l'UB recrute ses étudiants belges sans quotas, sur simple titre de fin de secondaire (idem pour les étudiants français dans la limite de 30% des effectifs) tandis que les universités Privada V et Privada M ont un nombre limité mais important d'étudiants (en fonction de leurs capacités d'accueil prévues) avec des notes de fin de secondaire proches de 10/20 pour les derniers reçus. Autrement dit la sélection scolaire semble favoriser les femmes, tandis que le métier continue à attirer un grand nombre d'hommes qui passent par des filières sans ce type de barrières scolaires. Il est d'ailleurs notable que dans les deux écoles espagnoles privées, peu sélectives scolairement dans le passage des années, les ratios d'hommes et de femmes restent similaires du début à la fin des études¹⁴⁷³. A l'inverse à l'UB, où une politique d'« écrémage » est conduite via des examens exigeants conduisant à des forts taux de redoublements ou d'arrêts entre les années, les ratios genrés constatés évoluent entre la première et dernière année (***) : de 38,1% de filles et 61,9% de garçons en première année, les ratios (sur des nombres totaux plus réduits) passent à 61,1% de filles et 38,9% de garçons en 4^{ème} et dernière année du cursus¹⁴⁷⁴.

Ces résultats se distinguent de ceux d'Anne Chantal Hardy-Dubernet¹⁴⁷⁵ sur les études médicales. Elle retrouve une féminisation médicale via une augmentation du nombre de prétendantes féminines et une baisse du nombre de prétendants masculins. Son récit de l'évolution du métier de médecin au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle montre qu'il a pris de nombreuses caractéristiques d'un métier « pour les femmes », impliquant que « les hommes ne s'y retrouvent plus et préfèrent se diriger vers d'autres destinées »¹⁴⁷⁶. A l'inverse, en kinésithérapie, malgré une féminisation progressive de la formation française similaire à la médecine, les prétendants masculins semblent exister et se reporter sur les formations à l'étranger¹⁴⁷⁷ :

« Je suis allé directement en prépa parce que je voulais faire kiné [...] Mais je savais que je n'avais pas beaucoup de chances d'être pris quoi, du coup avec ma mère on avait déjà fait les papiers pour l'Espagne, déjà en cours d'année »

Entretien avec Enzo, étudiant français en Espagne, père profession intermédiaire, mère cadre supérieure, bac S mention Assez bien, entretien du 08/11/2018.

statistiquement seront notés (***) si la probabilité que les différences soient dues aux hasards d'échantillonnages est inférieure à 1%, (**) si cette probabilité est inférieure à 5%, (*) si inférieure à 10%. Les résultats sont déclarés non significatifs dans les autres cas.

¹⁴⁷³ Ces ratios sont aussi similaires selon la nationalité des étudiants.

¹⁴⁷⁴ Il est à noter que si, en fin de cursus, les ratios hommes/femmes sont semblables selon les nationalités, il existe une petite nuance en première année : parmi nos répondants il y avait 31 filles belges pour 60 garçons belges, contre 25 filles françaises pour 31 garçons français. Bien que sur des effectifs très réduits, l'écart genré plus faible pour les français pourrait évoquer une première auto-censure de la part de certains garçons français intéressés par la discipline (le cursus belge étant souvent décrit par mes enquêtés comme « exigeant »).

¹⁴⁷⁵ A.-C. HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », art. cit.

¹⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 46.

¹⁴⁷⁷ Dans le même temps, un évitement des formations à l'étranger par les femmes reste possible, mais il n'a pas été investigué ici.

Il est possible qu'en sus d'une évolution différente des images des métiers de médecins et de kinésithérapeutes, les possibilités de contournement de la barrière scolaire, propres à la kinésithérapie, aient donné aux hommes des ressources pour ne pas être progressivement évincés du cursus, puis du métier, comme cela a pu l'être en médecine (ou tout au moins pour certaines spécialités).

Ces résultats sont proches de ceux de Dominique Lafontaine et ses co-auteurs qui, en Belgique, montrent que, dans le supérieur, les femmes ont de meilleurs résultats que les hommes¹⁴⁷⁸. Les cursus de kinésithérapie scolairement exigeants favorisent les femmes, sans doute issues des milieux favorisés et éliminent une partie des hommes¹⁴⁷⁹, sans doute plus de milieux intermédiaires ou populaires. Ces catégories sociales forment un deuxième clivage entre les formations par pays, à nécessairement penser en liaison avec la partition genrée.

Devenir kinésithérapeute sans les capitaux culturels suffisants : mobiliser le capital économique

L'origine sociale, et derrière celle-ci les capitaux disponibles, a été explorée à travers plusieurs facteurs : la catégorie sociale des parents, l'apprentissage du grec ancien ou du latin, l'activité culturelle dans l'année et la pratique d'un instrument de musique. Ces indicateurs sont fragiles dans un cadre international¹⁴⁸⁰. Les catégories socio professionnelles (CSP), notamment, sont construites dans un cadre national donné¹⁴⁸¹ (la France) et peuvent difficilement apporter des constats fiables en rapport avec la sociologie des autres pays d'enquête¹⁴⁸². Même en France, des auteurs pointent les limites de la CSP de nos jours : une « perte d'identité de classe » rendrait ce type d'information inutile ou la difficulté à isoler quantitativement une variable explicative au sein des agrégats regroupés dans les CSP limiterait son exploitation. La CSP pourrait alors judicieusement être remplacée par le niveau de diplôme ou de revenu¹⁴⁸³. Pourtant il a été choisi de coder et d'analyser cet indicateur : l'axe d'analyse est d'abord la

¹⁴⁷⁸ D. LAFONTAINE, V. DUPRIEZ, M. V. CAMPENHOUDT et C. VERMANDELE, « Le succès des « héritières » », art. cit.

¹⁴⁷⁹ Les données DREES issues de l'enquête « Ecoles » montrent une sélectivité de l'entrée en kinésithérapie autour de 23% aussi bien chez les filles que les garçons (avec un taux de candidates déclarées et de reçues de l'ordre de 60%). S'il y a donc une sélection à l'entrée, la « perte » de garçons ne semble pas supérieure à celles de filles lors du « concours ». Le fait que depuis 2015 celui-ci se déroule principalement à l'issue d'une première année de médecine entraîne sans doute déjà une auto-sélection et un renoncement des garçons les plus fragiles scolairement. Ce recrutement post-année universitaire fragilise grandement ces chiffres : toutes les universités ne demandent pas à ce que les vœux de filières de santé (médecine, odontologie, kinésithérapie...) soient effectués préalablement aux examens. En se référant à la même enquête DREES « Ecoles » pour 2012 (chiffres les plus anciens disponibles, un certain nombre d'écoles encore sur concours privées payants, comptabilisables plus aisément mais avec des présentations multiples possibles), les taux d'admis tombent à 6%.

¹⁴⁸⁰ Frédéric LEBARON et Pierre BLAVIER, « Classes et nations : quelle articulation à l'échelle européenne ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 219-4, 2017, p. 80.

¹⁴⁸¹ Alain Desrosières évoque la genèse des CSP françaises et leur lien au particularisme national (poids des écoles d'ingénieur, partage des terres et maintien d'une population d'agriculteur importante, modèle syndical ouvrier). A. DESROSIERES, *La politique des grands nombres, op. cit.*, p. 328-333.

¹⁴⁸² Frédéric LEBARON, *L'enquête quantitative en sciences sociales. Recueil et analyse des données*, Dunod., Paris, 2006, p. 55.

¹⁴⁸³ Des éléments plus détaillés de ce débat autour des CSP peuvent être trouvés dans l'article de E. PIERRU et A. SPIRE, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », art. cit.

situation française. En ce sens, il existe un intérêt à coder les origines sociales des étudiants à l'étranger via la CSP : certains parmi eux sont français et leurs conditions familiales sont susceptibles de documenter leurs choix d'études supérieures. Par ailleurs, les pays étrangers étudiés le sont de par leur caractère d'exportateurs de kinésithérapeutes vers la France. Il est alors envisageable que les catégories socio-professionnelles à la française, si elles n'éclairent pas la position de ces kinésithérapeutes dans ces pays, expliquent leur perception par le groupe professionnel français. Le poids important des fils de commerçants, artisans ou chefs d'entreprise parmi les étudiants kinésithérapeutes des pays ibériques n'apporte pas d'éléments sur la situation ibérique, mais semble une donnée à évoquer au moment où ces kinésithérapeutes viennent s'insérer dans un groupe français majoritairement constitué de fils de cadres et professions intellectuelles. Un double codage a cependant été effectué via la CITP¹⁴⁸⁴, mais son objet, les tâches exercées dans le cadre de l'activité de travail plus que la position sociale procurée, a rendu son analyse moins pertinente dans une recherche sur l'accès aux études selon des caractéristiques sociales¹⁴⁸⁵.

Structures	IFMK P (n=170)	IFMK O (n = 82)	IFMK T (n = 97)	Antennes (n = 67)	Privada V (n = 245)	Privada M (n = 303)	Publica (n = 100)	UB (n = 252)	Interior (n=43)
Pourcentage de cadres supérieurs et professions intellectuelles	47,1%	37,8%	38,1%	31,3%	31,4%	22,4%	23%	34,9%	27,9%
Pourcentages de commerçants, artisans, chefs d'entreprises	14,7%	3,7%	11,3%	13,4%	20,8%	20,8%	23%	14,3%	16,3%
Pourcentages de professions intermédiaires	17,6%	17,1%	14,4%	23,9%	10,6%	14,2%	10%	7,9%	7%
Pourcentages d'ouvriers	3,5%	8,5%	10,3%	10,4%	9,8%	11,9%	16%	9,1%	20,9%

¹⁴⁸⁴ La Classification Internationale Type des Professions -CITP- C. BROUSSE, « L'édition 2008 de la classification internationale type des professions », art. cit.

¹⁴⁸⁵ Même si Frédéric Lebaron et Pierre Blavier notent son intérêt dans un cadre de recherche transnational. L'un des arguments important est que les migrations, qui modifient les rapports entre classes sociales dans leurs écrins nationaux, se font en grande partie selon une logique de mise en concurrence du travail. Il est donc intéressant de prendre prioritairement en considération ces tâches, mises en exergue dans la CITP (possiblement complétée par une référence au statut d'emploi indépendant/salarié). Toutefois, ici, la mise en comparaison avec les données DREES et à d'autres travaux sociologiques favorisait un focus sur la CSP. F. LEBARON et P. BLAVIER, « Classes et nations », art. cit.

Pourcentages d'employés	3,5%	8,5%	6,2%	10,4%	7,8%	10,2%	8%	13,9%	4,7%
Pourcentages d'agriculteurs	0%	6,1%	7,2%	3%	4,9%	3,3%	7%	0,8%	7%
Autres (militaires, retraités, au foyer, étudiants, allocataires divers)	7,1%	12,2%	10,3%	4,5%	5,7%	7,3%	3%	5,6%	14%
Non Attribués	6,5%	6,1%	2,1%	3%	9%	9,9%	10%	13,5%	2,3 %

Tableau 35 : CSP des pères¹⁴⁸⁶ des étudiants (quelle que soit la nationalité) par structures (colorées par pays) (*)¹⁴⁸⁷.**

Les catégories socio-professionnelles des pères des étudiants kinésithérapeutes étudiées sont en rapport avec les exigences de sélectivité scolaire des structures. Les pères sont plus souvent cadres supérieurs ou professions intellectuelles dans l'école française parisienne que dans les écoles françaises de province (majoré pour les antennes dans les villes moyennes) et le même gradient existe ensuite entre écoles françaises et écoles ibériques. Le cas belge se rapproche du cas français : sans sélectivité scolaire figée par le concours à la française, l'exigence du cursus et l'élimination progressive des candidats par des examens de passage sélectifs contribue à une sélection sociale.

¹⁴⁸⁶ Seul les CSP des pères sont présentées ici, permettant une meilleure comparaison rétrospective (classification ancienne) et avec d'autres sources, cette CSP étant retenue par l'INSEE dans le cas des CSP des « chefs de famille ». Une différence avec l'INSEE est, qu'en cas d'absence du père, ils prennent en compte la CSP de la mère comme « chef de famille ». Ici, en cas d'absence du père, la cotation a été « Non Attribués » : en effet la tournure du questionnaire n'a pas permis de savoir si le père était réellement absent ou s'il s'agissait de non réponse.

¹⁴⁸⁷ Un test du Khi2 a été effectué à partir des distributions, indiquant une probabilité que cette distribution soit due aux hasards d'échantillonnage de l'ordre de $p=8,78 \times 10^{-12}$ conduisant à conclure que les distributions d'origines socio-professionnelles des pères sont significativement différentes selon les lieux de formation.

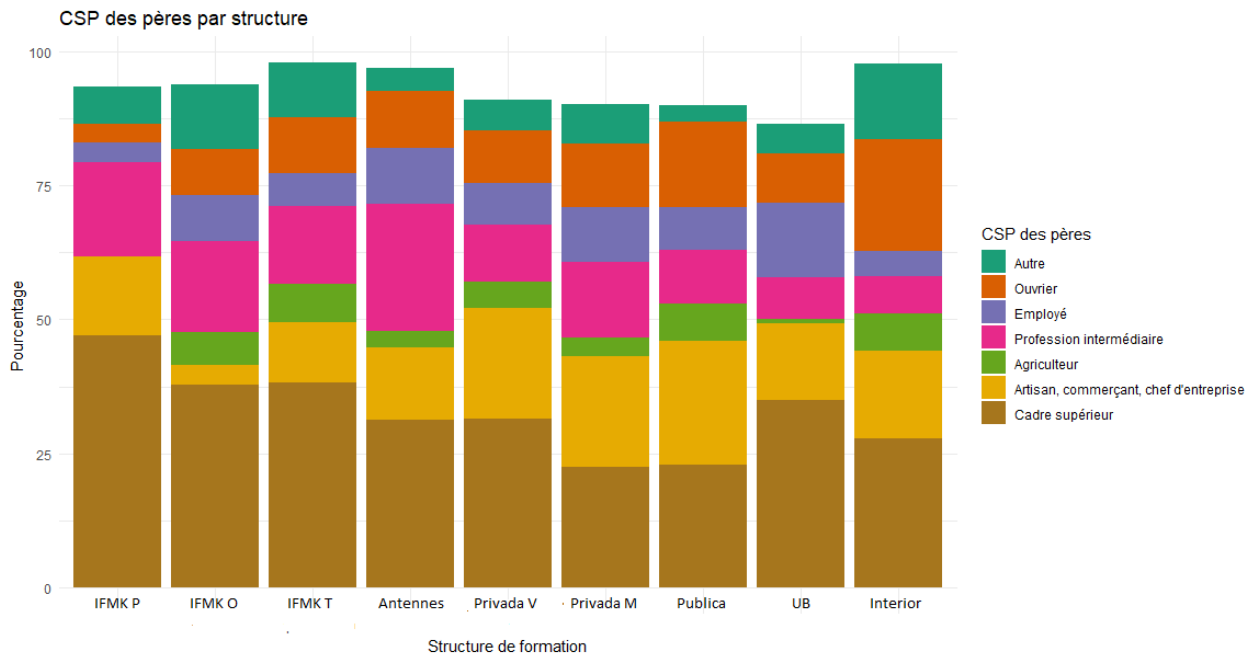


Figure 31 : histogramme récapitulant les CSP des pères des étudiants en pourcentage et selon les écoles (les pourcentages manquant pour atteindre 100 sont les situations « non attribuées »)¹⁴⁸⁸.

On constate cependant que, dans les écoles ibériques, si la moindre sélection scolaire change les profils sociaux, ils n'en sont pas pour autant plus démocratisés : les enfants d'employés ou ouvriers restent peu nombreux. Les enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles, moins nombreux, sont surtout remplacés par des enfants d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Cela nous rappelle que ces écoles étrangères ne sont pas non sélectives, elles appliquent une sélectivité financière en lieu et place d'une sélectivité scolaire¹⁴⁸⁹. Elles ne contribuent donc pas à ouvrir l'accès à ces études à toutes les couches sociales de la population¹⁴⁹⁰.

Cependant, au vu du nombre de français dans les structures belges et privées espagnoles, il convient d'affiner cette stratification sociale au vu des nationalités d'origine des étudiants. Pour rendre l'analyse plus lisible, les structures de formation ont alors été regroupées au sein de 5 catégories ayant des comportements homogènes : les structures françaises, belges, portugaises et espagnoles privées/

¹⁴⁸⁸ Le graphique des CSP des mères présentait des caractéristiques similaires.

¹⁴⁸⁹ Si Privada V et M sont accessibles avec des notes plutôt faibles mais au prix de frais d'inscriptions élevés, deux écoles sont pourtant publiques : Publica en Espagne et Interior au Portugal, à frais d'inscriptions faibles. Cependant, leur sélectivité scolaire et le recrutement national entraîne l'arrivée d'étudiants de tout le pays, comme j'ai pu le constater sur place (à Interior quelques places sont réservées aux « locaux »). La majorité d'entre eux doit alors engager des frais de logement et de vie sur place (certains étudiants catalans des universités privées du Nord de la Catalogne m'ont d'ailleurs expliqué avoir préféré ces structures à frais d'inscription élevés mais leur permettant de rester vivre au domicile familial voire d'avoir un petit travail à côté, plus facile par interconnaissance locale).

¹⁴⁹⁰ Si le capital économique est un outil de sélection puissant, il ne doit pas faire oublier le rôle des contraintes administratives comme freins à l'accès à certaines filières. Un cursus à l'étranger nécessite, sur ce point, un sens du placement qui contribue à écarter les étudiants issus des milieux les plus populaires. Leïla FROUILLOU et Léonard MOULIN, « Les trajectoires socialement et spatialement différenciées des étudiants franciliens », *Formation emploi*, 145, 2019, p. 7-28.

espagnoles publiques. La distinction publique/privée en Espagne est due à la différence de recrutement qui existe : taux importants de français dans le privé, absence totale dans le public. Ces regroupements sont nécessaires pour analyser plus finement certaines variables (exemple les CSP) et soulignent des lignes de fractures importantes. Les CSP et les capitaux culturels varient selon les pays de formation et les nationalités des étudiants. Les variations entre établissements au sein d'un même groupe national (à étudiants de même nationalité) sont plus faibles.

	IFMK français	Universités espagnoles		Ecole polytechnique portugaise publique	Université publique belge
		Privées	Publique		
Locaux	98,1%	28,3%	97%	100%	46%
Français	98,1%	69,7%	0%	0%	40,9%
Autres	1,9%	1,6%	2%	0%	13,1%

Tableau 36 : nationalités des étudiants par structures de formation regroupées*.**

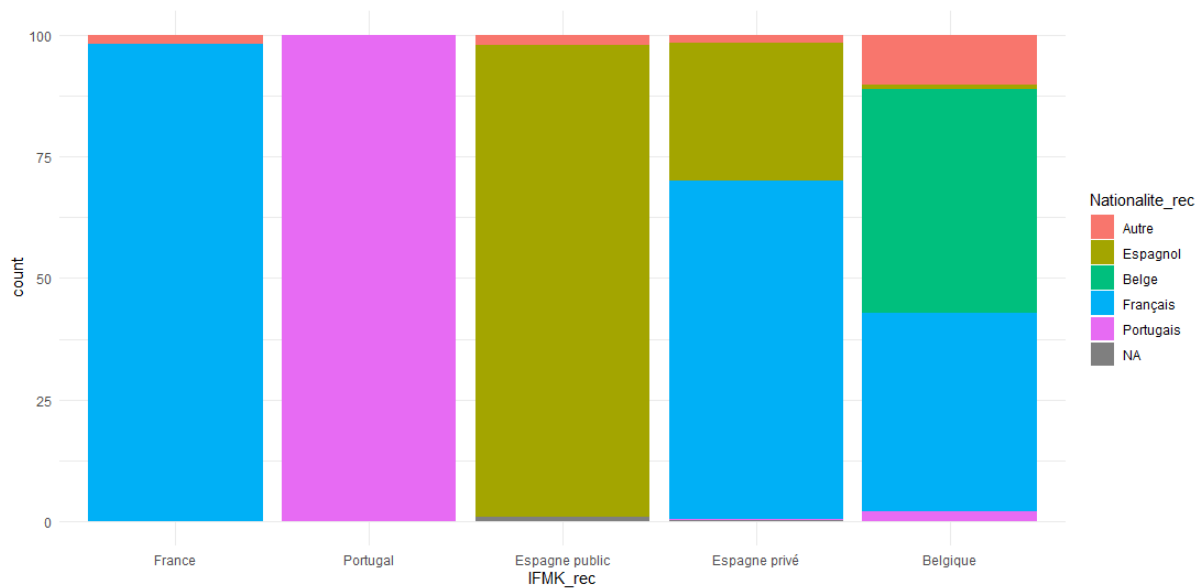


Figure 32 : histogramme des nationalités d'étudiants (en pourcentage) par structures regroupées (à noter que les binationaux ont été codés « autre »).

Le poids de étudiants français dans les structures belges et privées espagnoles interroge donc sur les profils sociaux des étudiants « locaux » et français.

	IFMK français	Universités espagnoles privées	Université publique espagnole	Ecole polytechnique portugaise	Université belge
--	---------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------

	Etudiants français	Etudiants français	Etudiants espagnols	Etudiants espagnols	Etudiants portugais	Etudiants français	Etudiants belges
Cadres supérieurs et professions intellectuelles	40,7%	28,8%	21,3%	23,7%	27,9%	44,7%	29,3%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	11,8%	19,1%	25,8%	22,7%	16,3%	15,5%	12,1%
Professions intermédiaires	17,4%	15,7%	5,8%	10,3%	7%	7,8%	10,3%
Ouvriers	7,4%	7,1%	20%	16,5%	20,9%	3,9%	11,2%
Employés	6,4%	8,9%	8,4%	8,2%	4,7%	13,6%	15,5%
Agriculteurs	3,4%	5%	1,9%	7,2%	7%	1%	0%
Autres	8,6%	7,1%	5,2%	2,1%	14%	5,8%	5,2%
NA	4,4%	8,4%	11,6%	9,3%	2,3%	7,8%	16,4%

Tableau 37 : CSP des pères selon les nationalités au sein des structures de formation regroupées (les nationalités « autres » ont été négligées) ***

La limite de l'utilisation des CSP dans une enquête internationale trouve ici son expression. Il est difficile d'analyser le poids des différentes catégories sociales dans les cohortes d'étudiants locaux sans éléments de comparaison avec l'organisation sociale locale. Ainsi les grandes proportions de fils de « commerçants, artisans et chefs d'entreprise » ou d'« ouvriers » parmi les étudiants espagnols peuvent être dues à un poids de ces groupes plus important dans la population globale du pays. Pourtant, il est possible de penser que les capitaux induits par ces origines sociales restent comparables au cas français. Ces kinésithérapeutes, quand ils migrent en France, peuvent y venir avec cette vision du monde et des capitaux économiques plus que culturels¹⁴⁹¹.

Les enseignements les plus solides concernent les étudiants de nationalité française : les étudiants formés en France sont fortement issus de milieux favorisés avec des pères cadres supérieurs ou exerçant une profession intellectuelle, ce qui est convergent avec l'évolution historique constatée à l'IMFK O. Cela est aussi le cas pour le cas belge étudié, possiblement extensible à l'ensemble de la filière (les entretiens n'ont pas semblé montrer de hiérarchisation dans les représentations des français quant aux structures belges). Dans ce cas, malgré l'absence de concours scolaire à l'entrée, les catégories « cadres supérieurs » sont surreprésentées : la difficulté scolaire du cursus dans sa globalité plutôt que matérialisée par un concours a alors des résultats similaires. Il y a donc une ligne de fracture entre les

¹⁴⁹¹ Il n'a pas été étudié quantitativement les origines sociales des kinésithérapeutes ibériques migrant effectivement en France et il est probable que leurs profils diffèrent des kinésithérapeutes formés. Pourtant les entretiens réalisés laissent, là encore, percevoir de nombreux profils de fils de commerçants parmi ceux-ci.

formations sélectives scolairement (à l'entrée en France ou durant le cursus en Belgique) et les formations sélectives financièrement (écoles privées espagnoles). Dans un cas, le capital culturel est un avantage concurrentiel, dans l'autre, le déterminant est plus le capital économique. A l'autre bout du spectre social, les étudiants français issus des catégories « employés » ou « ouvriers » restent partout minoritaires : les barrières aussi bien scolaires qu'économiques expliquent leur exclusion¹⁴⁹². Leur efficacité tient d'ailleurs autant de la réalité de la barrière (valider les examens nécessaires, payer les droits d'inscription) qu'au manque de ressources pour les affronter : connaissance des ficelles, réseau social permettant de contacter des étudiants passés par ces cursus, connaissances des possibilités de financements ou emprunts, croyance dans sa capacité à intégrer ce groupe professionnel. Un indice en ce sens est visible à travers les proportions plus importantes (notamment en Espagne et au Portugal) d'enfants d'ouvriers parmi les étudiants « locaux » : ceux-ci, parfois présents à hauteur de 20% des effectifs, semblent avoir réussi à trouver des moyens de s'imposer malgré les obstacles scolaires ou financiers. Ils ont su mettre en œuvre des stratégies pour intégrer ces écoles : obtention de bourses ou d'emprunts, bénéficier de passerelles d'entrées alternatives aux sélections scolaires générales (quotas « régionaux » au Portugal, places pour les reconversions ou parcours professionnels en Espagne, dossiers de sportifs de haut niveau...). Dans le même temps, la position plus fragile de la kinésithérapie dans ces pays tend sans doute à désacraliser l'accès à ce métier et permettre aux enfants de ces milieux sociaux de s'y projeter plus aisément. Ces deux propriétés (métier vu comme accessible et formation connue et de proximité) permettent une ouverture aux étudiants locaux issus des catégories ouvrières mais pas aux étudiants français de même classe sociale.

L'hypothèse d'une partition des étudiants selon leurs capitaux a été confirmée par deux autres indicateurs, portant sur les pratiques culturelles. Une question demandait de préciser quelle activité culturelle avait été pratiquée dans l'année parmi cinq choix, cinéma, concert, exposition, opéra et théâtre. Le critère retenu a été la validation d'au moins trois activités parmi ces cinq¹⁴⁹³ : la justification tient à ce que les concerts et le cinéma semblent des activités plus transversales aux classes sociales¹⁴⁹⁴ que les

¹⁴⁹² Si Stéphanie Garneau note de manière plus générale que les mobilités sont favorisées par les capitaux culturels (connaissance des cursus et modalités) et économiques, elle y ajoute le capital « spatial » c'est à dire un rapport préalable à la mobilité, y compris symbolique (migrations familiales anciennes). Pourtant, elle précise aussi que certains étudiants relativement dépourvus en capitaux peuvent mobiliser des opportunités ou des trajectoires singulières et accéder à une mobilité. Ces trajectoires sont certainement existantes parmi nos étudiants, mais le constat statistique montre tout de même ici l'importance primordiale du capital économique. Stéphanie GARNEAU, « Les expériences migratoires différenciées d'étudiants français: De l'institutionnalisation des mobilités étudiantes à la circulation des élites professionnelles ? », *Revue européenne des migrations internationales*, 23-1, 2007, p. 139-161.

¹⁴⁹³ Un mécanisme un peu similaire est décrit par Philippe Coulangeon pour évaluer les goûts musicaux en fonction des catégories sociales : le nombre de citation de genres musicaux écoutés (ex « 3 » : « jazz », classique », « rock ») est inégalement réparti selon les classes sociales. Philippe COULANGEON, « Les métamorphoses de la légitimité: Classes sociales et goût musical en France, 1973-2008 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 181-182-1, 2010, p. 88.

¹⁴⁹⁴ « Certaines pratiques culturelles des jeunes tendent à estomper les barrières de classes habituelles : plus de 80% des jeunes vont au cinéma au moins une fois dans l'année contre 51% dans l'ensemble de la population ; 46%

expositions, le théâtre ou l'opéra, plus spécifiques des milieux sociaux à capitaux culturels. La pratique de plus de trois activités nécessite alors, au minimum, d'avoir participé au moins une activité considérée comme socialement clivante. Ce choix, qui revient à réduire cette question à une forme binomiale (pratique culturelle diversifiée ou non) fait perdre en « grain » d'analyse : le théâtre ou l'opéra ne signent pas les mêmes habitudes culturelles. Pourtant, au vu de la diversité des contextes géographiques (petites villes de zones rurales, capitales de pays) et nationaux, ce choix permet de prendre en compte ces réalités différentes pour en tirer un enseignement plus global : en fonction des possibles et des habitudes locales, les étudiants laissent-ils à penser qu'ils sont en possession de capitaux culturels importants ? Un autre indicateur est ici mobilisé, la pratique d'un instrument de musique (réponses sous forme binomiale). Bien que le goût pour la musique se retrouve sous des formes différentes dans toutes les classes sociales, il n'en reste pas moins que le goût et la pratique d'un instrument restent distincts¹⁴⁹⁵. Les classes les plus dotées en capitaux culturels (cadres supérieurs et professions intermédiaires) se retrouvent surreprésentées parmi les musiciens amateurs¹⁴⁹⁶. La différence de pratique d'un instrument de musique semble, de ce fait, un indicateur intéressant de capital culturel. La présentation est ici faite en distinguant les étudiants français par groupes de structures :

	IFMK français	Universités privées espagnoles		Université publique espagnole	Ecole polytechnique portugaise	Université belge	
	Etudiants français (n=408)	Etudiants français (n=382)	Etudiants espagnols (n=155)	Etudiants espagnols (n=99)	Etudiants portugais (n=43)	Etudiants français (n=103)	Etudiants belges (n=116)
Pourcentage ayant renseigné au moins trois activités culturelles durant l'année écoulée	33,6%	22,3%	31,6%	53,1%	30,2%	34%	33,6%
Pratique d'un instrument de musique	31,4%	22,5%	23,9%	29,6%	20,9%	22,3%	19,8%

Tableau 38 : pourcentages d'étudiants déclarant avoir pratiqué au moins trois activités culturelles parmi les cinq proposées au cours de l'année écoulée et pourcentages d'étudiants jouant d'un instrument de musique*.**

sont allés au moins une fois à un concert ou un spectacle contre 32% dans l'ensemble de la population » François DUBET et Marie DURU-BELLAT, *L'école peut-elle sauver la démocratie?*, Paris, Editions du Seuil, 2020, p. 159, 221.

¹⁴⁹⁵ Vincent DUBOIS, Jean-Matthieu MEON et Emmanuel PIERRU, « Quand le goût ne fait pas la pratique: Les musiciens amateurs des orchestres d'harmonie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 181-182-1, 2010, p. 106.

¹⁴⁹⁶ Olivier DONNAT, *Les amateurs, enquête sur les activités artistiques des français.*, Paris, La Documentation française, 1996, p. 52, 187.

Si l'accessibilité des activités culturelles est variable selon les pays, il n'en reste pas moins vrai que les français étudiants en France ont une pratique culturelle plus importante que ceux étudiants en Espagne (sur les deux indicateurs). Les pratiques culturelles des espagnols étant parfois importantes (là encore une gradation en lien avec la sélectivité scolaire est visible entre étudiants espagnols du privé et du public), il s'agit alors d'un élément supplémentaire en faveur d'un capital culturel globalement moindre chez les étudiants français se tournant vers les structures espagnoles à faible sélectivité scolaire : il existe des possibilités de pratiques culturelles, qu'ils n'investissent pas¹⁴⁹⁷. Les français choisissant les études belges sont de profils intermédiaires : l'indicateur du nombre d'activités culturelles les rapproche des étudiants en France, tandis que l'indicateur de pratique d'un instrument les rapproche des étudiants en Espagne. Un élément explicatif peut tenir à la situation de l'UB, dans une grande ville d'un pays francophone, qui favorise la pratique d'activités culturelles nombreuses, y compris, hypothétiquement, par imitation des camarades. A l'inverse, la pratique d'un instrument de musique renvoie à des capitaux culturels plus anciens et liés à la socialisation primaire. A ce titre, la scolarisation secondaire en Belgique n'a que peu d'effets sur cet indicateur. Ces résultats belges sont à relier à la position intermédiaire de la formation belge : l'entrée sans concours permet l'arrivée d'étudiants à capitaux culturels moindre que pour les études françaises (la pratique d'un instrument de musique est moindre). Pourtant la sélection par la difficulté des cursus élimine les étudiants les moins dotés en capitaux scolaires, c'est à dire des profils les moins attirés par les activités culturelles légitimes (la pratique de plus de trois activités culturelles est alors plus fréquente qu'en Espagne, jusqu'à se rapprocher de la moyenne française).

D'autres indicateurs de capital culturel ont été testés, qui ne sont ici rapportés que pour les seules structures accueillant des français, au vu de leur spécificité hexagonale. C'est le cas de l'apprentissage du latin ou du grec lors du cursus secondaire. Cet indicateur permet de documenter l'importance du critère de pays d'études de la kinésithérapie : si des différences entre les IFMK français sont perceptibles (les études de langues anciennes sont plus fréquentes à Paris), c'est, là encore, la différence avec les structures espagnoles qui reste la plus importante :

	IFMK P (n=166)	IFMK O (n=80)	IFMK T (n=95)	Antennes (n=67)	Privada V (n=171)	Privada M (n=211)	UB (n=103)
--	-------------------	------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------	---------------

¹⁴⁹⁷ La langue est cependant un élément à prendre en compte : ces pratiques culturelles peuvent se dérouler au domicile familiale (notamment dans les réponses des premières années sur l'année écoulée) mais aussi sur le lieu d'étude où la langue espagnole peut décourager l'accès pour les français. Les observations sur place laissent à penser que même en 4^{ème} année une grande partie des français n'a qu'une maîtrise limitée de la langue de Cervantes. Néanmoins, comme les retours à l'occasion des vacances et des stages sont nombreux, la plus faible pratique culturelle semble éclairer leurs profils.

Pourcentage d'étudiants ayant fait du latin ou du grec parmi les français	50,6%	43,7%	47,4%	46,3%	30,1%	31,8%	36,9%
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Tableau 39 : pourcentages d'étudiants français ayant étudié le latin ou le grec lors de leur cursus secondaire***

Sur cet indicateur, à nouveau, la sélectivité des formations françaises favorise les étudiants à capitaux culturels, ici illustré par l'apprentissage des langues dites mortes. Cet indicateur confirme que les étudiants français en Espagne disposent d'un capital culturel moindre. A noter toutefois que les étudiants kinésithérapeutes en Espagne présentent un taux de pratique des langues anciennes supérieur à la population française¹⁴⁹⁸, rappelant que l'émigration de contournement de l'obstacle scolaire nécessite en elle-même des capitaux.

Si le cas belge semble à première vue intermédiaire, en réalité ce taux est surtout dû à l'analyse conjointe des profils des étudiants de première et quatrième année. La sélectivité progressive au cours de la formation entraîne des différences entre étudiants français en début de cursus ou en fin. Si en première année le taux d'étudiants français ayant fait du latin ou du grec est de 32,1% (proche des étudiants partant en Espagne) il monte à 42,6% chez les étudiants de 4^{ème} année (en rapport avec les taux retrouvés parmi les étudiants français). Ce constat permet d'approfondir les données issues des CSP. Concernant les étudiants français en Belgique, les taux d'enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles étaient similaires en 1^{ère} et 4^{ème} année, autour de 44% des répondants. Ces forts taux montrent que ce sont parmi ces classes sociales qu'on trouve la capacité à contourner le système français, à réussir à se procurer des renseignements et à mettre en œuvre une émigration d'étude en Belgique, sans auto-censure : ces enfants se trouvent parfaitement légitimes à devenir kinésithérapeute via un cursus exigeant. Pourtant, ces familles n'ont pas des comportements homogènes, et ce sont d'abord celles qui ont transmis des capitaux culturels légitimes et des stratégies d'optimisation du niveau scolaire¹⁴⁹⁹ qui voient leurs enfants réussir à passer les barrières de la sélectivité belge. Ainsi, le milieu de socialisation est un déterminant majeur pour mieux appréhender l'offre de formation supérieure, mais ne présume pas tout à fait du capital culturel transmis et de la capacité à le transformer en capital scolaire¹⁵⁰⁰.

¹⁴⁹⁸ Le taux de pratique du latin et du grec parmi les étudiants du secondaire était de 19,3% en France en 2015. Nancy MAURY-LASCOUX, « Latin et grec dans l'enseignement secondaire : une approche historique », *Anabases*, 23, 2016, p. 201-216.

¹⁴⁹⁹ Les cursus de latin ou grec ne se contentent pas de fournir des capitaux culturels, il s'agit d'une stratégie scolaire visant à intégrer les meilleurs établissements et les meilleures classes. A. VAN ZANTEN, « La compétition entre fractions des classes moyennes supérieures et la mobilisation des capitaux autour des choix scolaires », art. cit.

¹⁵⁰⁰ Comme le rappelle Pierre Bourdieu, « la transmutation de la qualification sociale en qualification scolaire n'est pas un simple jeu d'écriture sans conséquence, mais une opération d'alchimie sociale qui confère aux mots leur efficacité symbolique, leur pouvoir d'agir durablement sur les pratiques. » P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit, p. 61.

Le lien entre capital culturel et capital scolaire peut être analysé via les baccalauréats scientifiques et les mentions bien et très bien. Là encore, faute de comparabilité entre systèmes secondaires des différents pays, l'analyse s'est restreinte aux structures accueillantes des français. Si, pour les bac S, le critère de pays d'étude écrase des différences plus fines entre IFMK, celles-ci peuvent apparaître lorsque l'analyse porte sur les mentions :

	IFMK P (n=166)	IFMK O (n=80)	IFMK T (n=95)	Antennes (n=67)	Privada V (n=171)	Privada M (n=211)	UB (n=103)
Pourcentage d'étudiants titulaires d'un <u>bac S</u> parmi les français	97%	100%	96,8%	97%	71,3%	79,1%	87,4% 1501
Pourcentage d'étudiants ayant eu mention <u>bien</u> ou <u>très bien</u> au BAC (toutes filières) parmi les français.	32,5%	65%	56,8%	43,3%	24,6%	19%	16,5% 1502
Pourcentage d'étudiants ayant eu mention <u>très bien</u> au BAC (toutes filières) parmi les français.	6%	25%	24,2%	17,9%	5,3%	2,8%	4,9%
Pourcentage d'étudiants ayant eu mention <u>bien</u> au BAC (toutes filières) parmi les français.	26,5%	40%	32,6%	25,4%	19,3%	16,1%	11,7%

Tableau 40 : pourcentages de français ayant eu une mention bien ou très bien au baccalauréat, ainsi que le pourcentage de bachelier S par structure*.**

Les étudiants français formés en France se caractérisent donc pas un fort capital culturel qui est efficacement transformé en un capital scolaire : les baccalauréats sont scientifiques¹⁵⁰³ et les mentions fréquentes. Ceci est d'abord vrai dans les IFMK publics de grandes villes (plus de la moitié de mentions

¹⁵⁰¹ La sélectivité progressive belge est visible via un taux de 83,9% de bacheliers S parmi les français en première année contre 91,5% en 4^{ème} année.

¹⁵⁰² 12,5% de mentions bien ou très bien parmi les étudiants français de 1^{ère} année, contre un pourcentage de 21,3% en 4^{ème} année.

¹⁵⁰³ Alice Lermusiaux, suite à une enquête ethnographique dans une école d'infirmière française note des différences de positionnement en fonction de la filière du secondaire : « *Les élèves de S sont régulièrement placés en situation de recherche, d'argumentation et de réflexion alors qu'en ST2S, ils doivent restituer de savoirs techniques précis* ». Les élèves issus de terminale S, seraient ainsi plus enclins à adopter un positionnement professionnel tandis que leurs homologues des filières technologiques auraient une approche plus technique suite aux mêmes enseignements. A l'appui de son constat, elle a noté des interactions plus fréquentes de la part des bacheliers S durant les cours magistraux alors qu'à l'inverse ce sont les bacheliers technologiques qui étaient plus actives lors de travaux pratiques ou à « pédagogie active ». ALICE LERMUSIAUX, « L'effet des socialisations scolaire et professionnelle sur les pratiques de travail en IFSI : Une observation directe des formes du travail étudiant dans la formation en soins infirmiers », *Revue française de pédagogie*, 209, 2020, p. 11-28.

bien ou très bien au baccalauréat) mais le reste dans une moindre mesure dans les antennes de villes moyennes (effet de second choix lors du recrutement commun avec l'école mère). C'est ici le cas des étudiants de l'IFMK P qui apporte des éléments d'approfondissement sur le passage d'un capital culturel à un capital scolaire. Parmi les écoles françaises enquêtées, l'IFMK P est la seule école parisienne. Par la sélectivité du cursus français et son bassin de recrutement essentiellement parisien (les étudiants proviennent essentiellement de facultés de médecine de Paris intra-muros), elle accueille des étudiants issus des milieux sociaux les plus favorisés : 47,1% d'enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles. Ces étudiants bénéficient de mobilisations parentales pour leur transmettre un capital culturel important (1/3 des effectifs avait pratiqué plus des 3 activités culturelles proposées dans le questionnaire dans l'année) et des stratégies scolaires corrélées (plus de la moitié des effectifs a suivi un cursus de latin ou grec). Pourtant, parmi les IFMK français, c'est là qu'on retrouve le plus faible taux de mention bien ou très bien au baccalauréat (26,5% des effectifs ont une mention bien, 6% une mention très bien). Ceci s'explique par la particularité parisienne de concours de médecine ouvrant de nombreuses portes : à la traditionnelle concurrence entre filières de santé pour les meilleurs étudiants¹⁵⁰⁴, se rajoute une concurrence entre IFMK parisiens. Or, à ce jeu, l'IFMK P, institut privé, se retrouve défavorisé par rapport à des IFMK publics gratuits¹⁵⁰⁵. Cette position ne se traduit pas par une ouverture sociale (de nombreux enfants de cadres supérieurs tentent d'accéder à des études valorisées, ne laissant que peu de places) mais par une sélection d'impétrants favorisés n'ayant su qu'imparfaitement transformer leurs capitaux culturels en capitaux scolaires.

Les étudiants formés en Belgique ont des attributs proches au niveau social et culturel, mais bénéficient de capitaux scolaires plus faibles que les étudiants en France (87,4% de baccalauréat Scientifique parmi ces répondants mais seulement 16,5% de mentions bien ou très bien). En d'autres termes il s'agit d'étudiants présentant des attributs légitimes des catégories supérieures mais un peu en retrait au niveau scolaire. Handicapés dans la compétition pour l'accès aux études supérieures jugées désirables, la voie belge devient alors un compromis intéressant pour ces étudiants : ces études ne sont pas barrées par un concours d'entrée mais restent considérées comme difficiles, avec un « écrémage » progressif au cours des années (à noter que pour les étudiants français formés à l'UB, parmi les premières années, 81% ont un bac Scientifique et 12% ont eu une mention Bien ou Très bien contre 91,5% de bachelier S et 21,3% de mentions Bien ou Très bien parmi les 4^{ème} années). Cet écrémage est cependant connu et amène une auto-censure : même parmi les premières années, les bacheliers S restent en nombre très important.

¹⁵⁰⁴ 19,2% d'enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles en études en soins infirmiers, 35,5% en études de maïeutique, 40,6% en études françaises de kinésithérapie et 50,6% en médecine. A noter que les sources sont le ministère de la Santé, via l'enquête « Ecoles » 2015 pour les métiers infirmiers, sages femmes et kinésithérapeutes et le ministère de l'Enseignement Supérieur, via son atlas « repères et références statistiques » de 2021, pour la médecine.

¹⁵⁰⁵ En 2021 la région parisienne compte 11 IFMK (4 publics à frais d'inscriptions très faibles) dont 8 à Paris intramuros ou en première couronne.

Les étudiants français en Espagne se caractérisent eux par des capitaux scolaires proches des étudiants en Belgique. Ainsi si le pourcentage de bacheliers S reste important, les mentions bien et très bien sont moins nombreuses qu'en France. Pourtant, à l'inverse de la Belgique, la crainte de l' « écrémage » est peu évoquée par les enquêtés. Parmi les français étudiants en Espagne (les deux universités privées espagnoles confondues) se retrouvent d'ailleurs 22,7% de mentions bien ou très bien parmi les premières années contre 20,1% parmi les quatrièmes années, soit des taux similaires¹⁵⁰⁶. Ici la sélection se fait via les capitaux économiques. En effet, si les capitaux culturels sont sensiblement différents des autres étudiants français enquêtés (dans le sens d'une moindre culture « légitime »), les capitaux économiques sont eux bien présents, permettant de payer les frais de scolarités ainsi que les frais quotidiens de quatre ans d'études à l'étranger¹⁵⁰⁷. Cela est illustré par la surreprésentation des catégories artisans, commerçants et chefs d'entreprise chez les pères des enquêtés.

L'école, institution de hiérarchisation des capitaux légitimes pour devenir un professionnel

Parmi ces capitaux, c'est bien le capital scolaire qui semble décider de la destinée des étudiants français étudiant la kinésithérapie. Des calculs de régression logistique ont été effectués portant sur les écoles accueillant des français et le poids des différents indicateurs dans leurs choix. Les populations des IFMK français et des universités privées espagnoles ont été comparées selon les variables explicatives, genre, CSP des pères, CSP des mères, pratique du latin/grec, nombre d'activités culturelles, mention au baccalauréat et pratique d'un instrument de musique.

Application du modèle de régression logistique

Le modèle de régression logistique s'applique avec des variables à expliquer binaires : ici les structures de formation ont ainsi été codées en IFMK français = oui, le non étant par défaut le cursus en université privée espagnole. C'est ce codage en variable binaire (assimilable à 1 ou 0) qui permet de mettre en place l'équation :

$\text{Log} [\text{prob}(\text{IFMK français=oui})/1-\text{prob}(\text{IFMK français=oui})] = a + b \times (\text{genre}) + c \times (\text{CSP père}) + d \times (\text{CSP mère}) + e \times (\text{pratique du latin/grec}) + f \times (\text{nombre d'activité culturelle}) + g \times (\text{mention au baccalauréat}) + h \times (\text{pratique d'un instrument de musique})$. A noter d'ailleurs que les variables explicatives qualitatives sont elles-mêmes décomposées en variables binaires. Du côté de la variable binaire à expliquer, le passage par le logarithme permet d'accepter des valeurs allant de $-\infty$ à $+\infty$ (au lieu de 0 et 1), nécessité pour mettre à droite du terme « égale » les combinaisons souhaitées de variables explicatives.

Ce modèle permet de faire ressortir les variables explicatives significatives une fois les autres variables prises en compte. Par exemple, un test de régression logistique a été fait avec uniquement

¹⁵⁰⁶ Un test du Khi2 confirme l'hypothèse d'indépendance des deux variables « première » et « quatrième » années avec un p-value de 0.6356.

¹⁵⁰⁷ La nécessité de capitaux scolaires et culturels pour étudier la kinésithérapie en France ne doit pas masquer la présence simultanée de capitaux économiques : la très grande majorité des IFMK sont payants (seuls 12 sur 52 sont à frais universitaires), à des tarifs parfois supérieurs à ceux pratiqués en Espagne. De plus la vie quotidienne en France (loyer, alimentation, sorties) peut coûter plus cher que son équivalent en Espagne.

les diverses CSP des pères en variables explicatives, avec un résultat significatif, rejoignant le test du Khi2 sur un tableau croisé avec les effectifs pour chaque modalité (de CSP paternelle et pays d'étude). Il y a une différence significative de CSP entre les étudiants en France et en Espagne. L'intérêt de la régression logistique multiple est de pointer que cet « effet propre » de la variable CSP du père s'efface devant d'autres variables, en l'occurrence la mention au baccalauréat, le sexe et l'apprentissage du latin/grec. A noter enfin que ces résultats, sur le principe de la géométrie statistique, ne présument en rien des liens de causalité entre les variables explicatives, qui sont à établir par le raisonnement.

Si la régression logistique permet de faire ressortir les variables les plus significatives, leur « importance » n'est pas accessible directement, car l'opération mathématique a nécessité un passage par le logarithme. Les variables explicatives significatives doivent ensuite faire l'objet d'un calcul de « risque relatif » pour tenter de rendre intelligible ce qu'elles entraînent comme différences de répartition au sein de la variable à expliquer. A noter que ces « risques relatifs » sont ici de l'ordre du constat et non de la prédiction, contrairement à ce que laisse penser la notion de « risque » : c'est le constat (via questionnaire) d'une répartition homme/femme différente entre les structures françaises ou espagnoles qui explique qu'on puisse retrouver un « risque relatif » plus faible pour un homme de faire ses études en France plutôt qu'en Espagne.

Variables explicatives	p (probabilité que les différences constatées, autres variables explicatives prises en compte, soient dues au hasard)	« Risque relatif » d'être en structure française plutôt qu'espagnole	Intervalle de confiance du risque relatif à 95%
CSP Père	0,27		
CSP mère	0,17		
Mention bien ou très bien au baccalauréat	3,517e-16	2,6238	[2,1249-3,2398]
Option latin/grec	0,024	1,5089	[1,2616-1,8048]
Nombre d'activités culturelles (de 0 à 5)	0,05		
Pratique d'un instrument de musique	0,37		
Sexe masculin	0,0014	0,6694	[0,5687-0,7880]

Tableau 41 : résultat de régression logistique concernant les variables explicatives d'études en France plutôt qu'en Espagne.

Il ressort que les variables explicatives significatives sont les mentions au baccalauréat ($p=3,517e-16$), le sexe ($p=0,001356$) et l'apprentissage du latin/grec ($p=0,024492$).

Un calcul de « risque relatif » pour ces trois variables permet de voir que, pour notre population en étude de kinésithérapie, un étudiant « masculin » a 0,7 fois moins de chance d'étudier en France qu'en Espagne, qu'un étudiant ayant fait du latin ou du grec a 1,5 fois plus de chance d'étudier en France qu'en Espagne, et qu'un étudiant avec une mention bien ou très bien au baccalauréat a 2,6 fois plus de chance d'étudier en France qu'en Espagne. Ces « risques relatifs » ne sont valables que pour la population étudiée, déjà en formation de kinésithérapie, et donc absolument pas généralisables à la population de jeunes gens intéressés par ces études. Ils permettent de dresser deux profils assez distincts : une part plus importante de filles et de jeunes gens en réussites scolaires étudient en France et une part importante de garçons et de jeunes gens à niveau scolaire plus faible côté espagnol.

Le même dispositif de régression logistique a été appliqué à la variable IFMK français versus Université Belge. Là la significativité de la variable explicative « latin ou grec » disparaît, seuls persistent la mention au baccalauréat ($p=0.03754$) et le genre ($p=0.03795$). Autrement dit, le cursus belge attire plus de garçons et des jeunes gens à niveau scolaire plus modeste que le cursus français.

De manière générale, c'est donc la variable genre et la variable de niveau scolaire (ici indicateur de la mention au baccalauréat) qui semblent le mieux distinguer les populations des français étudiants en France de ceux étudiants à l'étranger. Dans une réflexion croisée, il est intéressant de noter la part d'indépendance de la variable genre par rapport à la variable réussite scolaire. Ce ne sont pas seulement des garçons déclassés scolairement qui étudient en Espagne, mais des garçons, en partie indépendamment de leur réussite scolaire. La variable scolaire est compréhensible par les mécanismes de subjectivation¹⁵⁰⁸ du rang scolaire au cours du secondaire et de l'espace des possibles ainsi incorporé¹⁵⁰⁹. La variable genre, à l'inverse, semble plus difficile à interpréter en se retraçant aux études de kinésithérapie de manière isolée des autres filières de santé. Ces résultats statistiques de relative indépendance entre genre et capital scolaire sont à prendre en considération dans un schéma général de sélection en IFMK français suite à une première année de médecine (principalement), première année en forte féminisation. Il pourrait donc y avoir une rupture entre une population très féminine se destinant à un métier de santé, dont la kinésithérapie, et une population plus masculine, se destinant à la kinésithérapie et prête à contourner l'obstacle scolaire via une diplomation à l'étranger.

Associé au travail longitudinal réalisé à l'IFMK O (féminisation progressive et augmentation de la sélectivité sociale -la sélectivité scolaire visible par la mention au baccalauréat n'était pas accessible dans ces archives-) il est possible d'analyser ces migrations comme des résistances. Les profils historiquement légitimes en kinésithérapie (hommes de niveau scolaire moyen) résistent à leur éviction des écoles de kinésithérapie françaises (par des femmes de meilleur niveau scolaire) et se reportent sur des formations étrangères pour obtenir le titre scolaire désiré. Ce constat n'est pas sans lien avec l'analyse proposée par Pierre Bourdieu du champ des grandes écoles¹⁵¹⁰ (bien qu'il s'agisse ici d'une couche sociale de classe moyenne supérieure et non pas des dominants impliqués dans le champ du pouvoir). Dans son analyse de la relation des dominants à une institution scolaire comme « mal nécessaire », c'est-à-dire légitimant l'ordre établi mais risquant en partie de le troubler par l'échec scolaire d'une partie des enfants de dominants (notamment à capitaux économiques), les grandes écoles de commerce font figures de refuges. Elles accueillent historiquement les fils des détenteurs de capitaux

¹⁵⁰⁸ Sur les rôles successifs et articulés d'intégration, sélection et subjectivation de l'école il est nécessaire de lire François Dubet, par exemple François DUBET, *L'expérience sociologique*, Paris, Découverte, 2007.

¹⁵⁰⁹ Sur les mécanismes d'élection entre enseignants et enseignés, structures d'enseignement et leurs impétrants lire Pierre Bourdieu, notamment le chapitre « Etat de la structure » de la partie « champ des grandes écoles et ses transformations ». P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit., p. 185-264.

¹⁵¹⁰ Notamment dans la noblesse d'Etat, une grande partie des concepts ayant été retravaillés plus récemment par Paul Pasquali P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit. ; P. PASQUALI, *Héritocratie*, op. cit.

économiques, en partie exclus des autres écoles de pouvoir (l'ENS ou Polytechnique). En l'absence de capitaux suffisants pour gagner la compétition scolaire, des écoles recrutant sur des capitaux sociaux et économiques permettent alors un contournement de l'obstacle et une résistance des plus hautes couches sociales au déclassement. Si tout au long du XX^{ème} siècle, la légitimation de ces écoles de commerce finit par augmenter le coût scolaire d'entrée (HEC, ESSEC), elles sont alors supplées, dans le rôle de filières alternatives pour les enfants de familles à capitaux économiques, par de nouvelles structures : « *Les adolescents issus de la bourgeoisie d'affaires qui se voient exclus des institutions les plus hautes scolairement, ou d'institutions traditionnellement plus accueillantes à leurs dispositions, comme Centrale, HEC ou même Sciences-po, doivent, pour contourner l'obstacle scolaire, s'orienter vers les secteurs les moins autonomes et les moins contrôlés scolairement de l'espace scolaire, c'est-à-dire vers les écoles refuges qui se sont multipliées au cours de vingt dernières années.* »¹⁵¹¹ Ici, devant le verrouillage du diplôme par le ministère de la Santé (quotas, agrément sévère des écoles), c'est un contournement à l'échelle européenne qui se produit, selon des mécanismes de résistance au changement assez comparables, bien qu'il s'agisse d'enfants de la classe moyenne « économique » petits à petits exclus des formations de kinésithérapie françaises par des enfants d'une classe moyenne supérieure « intellectuelle ».

Les filières de formation à la kinésithérapie en Europe forment des étudiants aux profils sociaux parfois différents mais pas forcément plus diversifiés que la filière française¹⁵¹². En Belgique, les barrières successives des examens contribuent à rapprocher les étudiants obtenant le diplôme de ceux étudiant en France après le concours : il s'agit d'enfants de cadres supérieurs, disposant de capitaux culturels importants, même si la transformation de ces capitaux en capitaux scolaires a été imparfaite à la sortie du secondaire (ils ont des notes plus faibles au baccalauréat). La difficulté étalée dans le temps de la filière belge constitue une forme de seconde chance pour des enfants de cadres supérieurs qui auraient eu des difficultés en sortie de secondaire. La légitimité du diplôme en termes d'exigence scolaire explique sa reconnaissance ancienne en France (les autorisations d'exercice sont accordées dès les années 1990, soit avant l'instauration des règles de reconnaissance des diplômes européens de 2005). La hiérarchisation avec le diplôme français est faible, car ces acteurs sont supposés avoir ainsi acquis un savoir satisfaisant. En Espagne, à l'inverse, la sélection scolaire est bien plus faible dans les structures privées. Ces filières bénéficient à la fois de la fermeture partielle de la filière belge (à compter de 2006 et l'instauration du quota de non-résidents) et de la législation libérale européenne : les kinésithérapeutes français doivent accepter les diplômés d'Espagne. La notion de « mérite scolaire » est bien moins associée à ces structures qui recrutent sans concours et n'éliminent que marginalement les étudiants sur

¹⁵¹¹ P. BOURDIEU, *La noblesse d'état, op. cit.*, p. 308.

¹⁵¹² Cela rejoint le constat que les « quasi-marchés » scolaires augmentent la ségrégation sociale. Vincent DUPRIEZ et Xavier DUMAY, « Les quasi-marchés scolaires : au bénéfice de qui? », *Revue française de pédagogie*, 176, 2011, p. 83-100.

critères scolaires. Ce sont alors des enfants de familles dotées de capitaux économiques qui en profitent en premier. Ces écoles permettent aux exclus de la « méritocratie » scolaire hexagonale d'intégrer un groupe professionnel par la mobilisation d'un capital économique. Dans ce cas, bien plus que dans le cas belge, la hiérarchisation est sensible et ces impétrants doivent réaliser de nombreux stages pour obtenir une équivalence.

La clôture de la formation française entraîne un changement de recrutement sociologique de ses membres en France. A l'origine métier d'homme, accessible avec un capital scolaire assez restreint, le rapprochement ambivalent avec la médecine entraîne une féminisation et une sélection scolaire plus sévère. Alors que ces changements français semblent solidement contrôlés, les règles de libre circulation européenne et l'absence d'homogénéité de la professionnalisation de l'activité kinésithérapie en Europe, ouvrent des espaces de résistance. Les exclus de la kinésithérapie française par manque de capitaux scolaires, souvent des hommes, utilisent ces possibilités de contournement du verdict scolaire. Cela entraîne des clivages marqués entre les profils des impétrants français passés par la filière nationale (ou par la filière Belge, sélective « qualitativement » en cours de cursus) et ceux passés par les filières peu sélectives scolairement, comme la filière privée espagnole (mais sans doute aussi privée portugaise, à fonctionnement similaire même si l'enquête a ici porté sur une structure publique sans français).

Conclusion du chapitre 5

Si les théories anglo-saxonnes des professions, dans la lignée d'Andrew Abbott, font la part belle aux modèles de relations concurrentielles régissant les groupes professionnels, le terrain des kinésithérapeutes nuance ces interprétations. Ici la clôture française de la formation, nécessité primordiale à tout établissement comme profession, se fait d'abord par le biais d'une régulation administrative extérieure au groupe. Le groupe professionnel peut être perçu comme gagnant (sécurisation du travail et des revenus), mais au prix de changements au sein de celui-ci. Le gain de professionnalisme se traduit par une fermeture pour les acteurs sociaux historiquement constitutifs du métier : des hommes d'une classe moyenne à capitaux essentiellement économiques ne peuvent plus accéder à l'activité. La professionnalisation de la kinésithérapie se fait au prix du déclassement des membres historiques (ou plus exactement de l'exclusion d'impétrants qui auraient historiquement été légitimes). Cela ne se fait pas sans résistance, et les perdants de cette sélectivité se tournent alors vers des « écoles-refuges » à l'étranger.

Cette résistance se fait en jouant des hiérarchies entre cursus de kinésithérapie à l'échelle européenne introduites au chapitre 1, et contribue par là-même à les entériner : la migration d'étudiants français barrés scolairement vers l'Espagne entérine le déclassement d'écoles ibériques dans un contexte où la

migration d'étudiants espagnols vers la France est scolairement rendue quasiment impossible¹⁵¹³. Ces différences de formation sont très liées au degré de professionnalisme atteint par la kinésithérapie dans chaque pays. La France et la Belgique, à marchés du travail fermés et à formations sélectives se retrouvent en position dominante vis-à-vis des cursus ibériques, ouverts et donnant accès à un marché du travail très concurrentiel. La « méritocratie » ainsi associée aux études et au métier varie de ce fait entre les pays. Ce sont ces mécanismes qui expliquent le détachement des directeurs et enseignants français devant cette large entorse à leur monopole de formation : la hiérarchisation associée les place comme acteurs dominants.

Pourtant ce constat de hiérarchisation selon le mérite scolaire¹⁵¹⁴ laisse entrevoir d'autres mécanismes de régulation entre acteurs. Il existe de troublantes entorses à ce mécanisme général dans les imperfections du recouvrement entre capital scolaire et origine sociale¹⁵¹⁵. L'UB attire et forme des étudiants français avec des réussites scolaires (en secondaire) proches de ceux qui choisissent l'Espagne : 19% de mentions Bien ou Très Bien à Privada M, 24,6% à Privada V et 16,5% à l'UB (21,3% pour les seuls 4^{ème} année), même si ces derniers ont un taux de bac S légèrement supérieur. Pourtant les réactions des représentants des kinésithérapeutes sont très différentes selon les origines géographiques des diplômés : la filière belge est jugée bien plus légitime que la filière ibérique¹⁵¹⁶. Tout se passe comme si la hiérarchie des formations européennes accueillant des français suivait la distribution des origines sociales des étudiants. A l'UB les étudiants français se distinguent par un taux de 44,7% d'enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures tandis qu'ils ne sont que 33,3% dans ce cas à Privada V et 25,1% à Privada M.

Des cas de valorisation de l'origine sociale privilégiée plutôt que du capital scolaire sont visibles aussi à travers la hiérarchisation des écoles française. Dans la lignée des tentatives pour limiter l'expansion

¹⁵¹³ Pour un mécanisme similaire voir Pierre Bourdieu et les mécanismes de hiérarchisation entre hautes écoles et le leadership de l'ENA qui sélectionne les étudiants venant des ENS, Polytechnique, HEC ou ESSEC, alors que la voie inverse n'est pas envisagée. P. BOURDIEU, *La noblesse d'état, op. cit.*, p. 265-328.

¹⁵¹⁴ A noter que l'excellence reconnue par l'institution scolaire est évolutive. Des approches nuanciant les résultats scolaires quantitatifs peuvent être promues, comme des approches psychologiques (les QI) ou des valorisations de la curiosité ou de l'esprit d'initiative (dans certains établissements d'enseignement supérieur). Wilfried LIGNIER et Paul PASQUALI, « L'excellence décalée, ou comment subvertir l'institution scolaire sans en sortir : », *Sociétés contemporaines*, N° 102-2, 2016, p. 19-44.

¹⁵¹⁵ Cela peut être mis en lien avec le phénomène de massification scolaire (voire de transformation parallèle du rôle de l'école). Philippe Coulangeon montre notamment que les pratiques culturelles légitimes (la lecture dans le cas d'espèce) ont tendance à être un peu moins unanimement partagées chez les nouveaux diplômés, par rapport aux générations précédentes. La massification scolaire se traduit donc par une ouverture des diplômés supérieurs à des populations peu socialisées à ces pratiques culturelles (au niveau familial ou scolaire), donc à une disjonction entre capitaux scolaires et capitaux culturels, ces derniers restant plus étroitement liés aux classes sociales. Philippe COULANGEON, « Lecture et télévision: Les transformations du rôle culturel de l'école à l'épreuve de la massification scolaire », *Revue française de sociologie*, 48-4, 2007, p. 657.

¹⁵¹⁶ La thématique de la pléthore (chapitre 3) n'est apparue que concomitamment à l'apparition de la filière espagnole (et sans doute allemande, sur le même principe mais peu explorée ici) alors que la filière belge apportait déjà de nombreux diplômés depuis 20 ans. L'a priori favorable à la filière belge est relevé aussi lors d'une observation d'une réunion ordinaire nationale rassemblant tous les représentants en CRAE, afin de faire remonter les informations et échanger sur leurs fonctionnements. L'élue des Hauts de France explique une grande tolérance (peu de demandes de stages complémentaires ou de refus d'équivalences) par le fait qu'il s'agisse de « dossiers belges », c'est-à-dire présumés bons.

des formations de kinésithérapeutes hors des grands centres urbains universitaires, il existe une disqualification des formations dans les petites villes, particulièrement dans le cas des antennes :

« Des petits IFMK paumés au fin fond de la France qui n'ont pas d'enseignants, qui n'ont pas de compétences, c'est du grand n'importe quoi. Quant aux satellites [...] ça peut pas tourner les satellites, faut être clair [...] Je sais pas ce que c'est maintenant [l'antenne R] mais les dernières nouvelles qu'on avait ça relevait du scandale le contenu. »

Entretien avec un directeur d'IFMK privé d'une métropole de province, cadre de santé, 21/02/2019

Si là encore, c'est la thématique de la compétence et des savoirs transmis qui est mobilisée, elle coïncide avec la (non) reconnaissance d'origines sociales suffisamment légitimes parmi ces populations étudiantes. Ainsi l'IFMK P est un IFMK parisien, historique et reconnu alors que les « Antennes » délocalisées sont des structures discutées, soupçonnées de délivrer des formations de mauvaise qualité et d'affaiblir le groupe professionnel. Alors que l'un reçoit des étudiants parisiens d'origines sociales favorisées, les secondes accueillent des étudiants d'origines sociales plus modestes mais en meilleures réussites scolaires¹⁵¹⁷ :

Déterminants	Indicateurs	IFMK P	Antennes
Sociaux	Pourcentages d'étudiants avec un père cadre supérieur ou profession intellectuelle	47,1%	31,3%
Culturels	Pourcentage d'étudiants ayant pratiqués au moins 3 activités culturelles différentes (parmi les 5 proposées dans le questionnaire) au cours de l'année	39,6%	38,8%
	Pourcentage d'étudiants ayant appris le latin ou le grec	50,6%	46,3%
Scolaires	Pourcentage de mentions Bien ou Très bien au baccalauréat	32,5%	43,6%

Tableau 42 : indicateurs quant aux capitaux sociaux, culturels et scolaires des étudiants de deux IFMK contrastés dans leur légitimité.

Malgré la faible taille des promotions enquêtées, l'addition des constats de hiérarchisations françaises et de hiérarchisations européennes permet de proposer que la « méritocratie » scolaire et la capacité à maîtriser des savoirs approfondis pour faire profession cachent mal un mépris de classe systémique.

¹⁵¹⁷ Cette comparaison ne nie pas la gradation plus classique entre IFMK de grandes villes universitaires et leurs antennes, dans ce cas l'adéquation entre réussite scolaire et origine sociale converge : les IFMK de grandes villes reçoivent les élèves les plus en réussites scolaires et dotés des origines sociales les plus favorisées, leurs antennes recevant essentiellement les exclus de ces écoles mères.

Cette dévalorisation des origines sociales modestes n'est pas consciente, et la plupart des acteurs des formations rencontrés plébiscitent au contraire l'« égalité des chances » et « l'ouverture sociale ». Simplement celle-ci n'est envisagée que dans un cadre « méritocratique », c'est-à-dire pour des acteurs affichant tous les codes légitimes. Or, dans les interactions, les kinésithérapeutes issus de milieux modestes, regroupés dans des écoles qui finissent par être stigmatisées, trahissent leur condition de transclasses dans un groupe professionnel qui se pense aligné sur la médecine (et ses membres issus des milieux favorisés) et rejette l'assimilation aux infirmières (et ses membres à origines bien plus populaires)¹⁵¹⁸. L'habitus qu'ils portent avec eux est bien plus puissant, définitif et visible¹⁵¹⁹ que la consécration scolaire éventuellement reçue. Cette hypothèse pose alors la question de la socialisation dans ces formations supérieures et de la traduction des socialisations primaires et secondaires en actes (professionnels ?). Si l'origine sociale est réellement à l'origine du jugement sur les acteurs, et à travers eux, leurs écoles, il s'agit alors de détecter les signes visibles de ces appartenances et leur traduction dans le travail. Il s'agit en somme, de s'assurer, qu'au-delà d'une hiérarchisation de premier degré (Paris contre la province, métropoles contre petites villes, Europe du Nord contre Europe du Sud), existent des facteurs individuels, additionnés qui forment un stigmate plus profond. C'est donc dans le dernier chapitre que le lien entre formation et jugement professionnel sur le travail permettra de comprendre comment le système des professions se boucle sur lui-même dans un effort de distinction du reste de la société.

¹⁵¹⁸ En 2016 (dernières données DREES disponibles) les étudiantes infirmières étaient à 19,2% enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles, contre à 35,5% pour les sages femmes, 40,6% pour les kinésithérapeutes et 50,6% pour les médecins (dans ce dernier cas les données sont issues du MESRI, « repères et références statistiques 2021, ils sont agrégés aux étudiants dentistes). A l'autre bout du spectre social, les étudiantes infirmières étaient pour 19% enfants d'ouvriers, contre 11% pour les sages femmes, 8,1% pour les kinésithérapeutes et 5,2% pour les médecins.

¹⁵¹⁹ Sur le « boulet » que constitue l'origine sociale (dans des filières plus élitistes encore que la kinésithérapie), Paul Pasquali montre, à travers une ethnographie de mobilités sociales en train de se faire, la « difficulté à trouver leur place ». Pasquali (P.), *Passer les frontières sociales. Comment les filières d'élite entrouvent leurs portes*, Fayard., Paris, 2014.

Chapitre 6 : Instauration de hiérarchies estudiantines, un moyen de faire corps malgré les dissensions sur l’approche du métier

Introduction au chapitre 6

Le chapitre 5 a montré des clivages sociaux importants entre les populations étudiantes des différents pays enquêtés. Pour autant, les apports de la sociologie de l’éducation permettent d’affiner le constat de déterminisme social. La compétition scolaire permet effectivement de hiérarchiser les individus en éliminant progressivement les candidats n’ayant pas su intégrer les codes légitimes. Il est indéniable que les capitaux culturels transmis dans le cadre familial participent alors à assurer une place privilégiée en augmentant les chances de réussir scolairement. Pour autant, cela ne signifie pas que ces familles soient neutres : Agnès Van Zanten¹⁵²⁰ rappelle que de réelles stratégies sont détectables, que ce soit par le choix des options (des différences dans le pourcentage d’options latin sont pointées au chapitre 5) ou par des choix de cours particuliers¹⁵²¹. Cela ne signifie pas non plus que les universités soient des réceptacles passifs, se contentant d’entériner la reproduction sociale. En réalité les acteurs, à la fois enseignants et étudiants, contribuent à la fabrique des disparités¹⁵²². Cela sera étudié dans ce chapitre via les différences de socialisations secondaires des étudiants français en France, en Belgique et en Espagne.

Enzo et Hector, évoqués en introduction générale, se distinguent dans leur rapport à la formation. Bien que globalement tous deux issus d’une classe moyenne (plutôt plus stable pour Hector), des différences apparaissent suite à la réussite du concours d’entrée en IFMK pour Hector et l’échec pour Enzo. Hector rejoint une formation de kinésithérapie française après avoir validé et refusé sa place en médecine, tandis qu’Enzo entérine l’impossibilité d’intégrer un IFMK et contourne le verdict scolaire en se rendant en Espagne. A la sortie de leurs formations respectives, Hector se comporte alors comme un médecin du

¹⁵²⁰ A. VAN ZANTEN, « La compétition entre fractions des classes moyennes supérieures et la mobilisation des capitaux autour des choix scolaires », art. cit.

¹⁵²¹ Dans le questionnaire, la question sur le soutien scolaire s’est révélée infructueuse : il peut être multiforme, variable selon les pays, avec des formes intermédiaires (soutien à l’apprentissage de l’espagnol offert par les universités privées ibériques par exemple). La quantification s’est alors révélée impossible faute de questions suffisamment nombreuses et raffinées.

¹⁵²² Georges Felouzis insiste sur les inégalités dans l’apprentissage du « métier d’étudiant ». C’est en ce sens que ce chapitre tente d’approfondir les mécanismes sélectifs évoqués au chapitre 5, tout en conservant la notion de capital culturel. Celui-ci reste d’actualité, comme le montre Julien Boyadjian : les goûts sont toujours en partie liés aux contextes familiaux. Malgré la fluidité du concept, il semble pouvoir rassembler différents attributs possédés par les étudiants à l’entrée dans leur cursus, qui permettent de comprendre les utilisations différentes des enseignements proposés. Julien BOYADJIAN, « Le capital culturel structure-t-il (toujours) les goûts ? L’exemple des préférences cinématographiques des 18-20 ans », 12-1, 2021, p. 17.). Georges FELOUZIS, « Les délocalisations universitaires et la démocratisation de l’enseignement supérieur », *Revue française de pédagogie*, 136-1, 2001, p. 53-63.

corps : il oriente son activité vers le diagnostic et diminue autant que possible la partie thérapeutique répétitive. C'est dans cette optique qu'il communique beaucoup avec ses collègues (les médecins prescripteurs) pour discuter de leurs opinions diagnostiques. Il tente d'améliorer sa position sociale par l'enseignement (et les capitaux symboliques qui peuvent y être associés à l'image des médecins des facultés de médecine) : dès sa diplomation, sans expérience soignante préalable mais armé de sa vision scientifique du métier (accréditée par un master universitaire passé en parallèle de son diplôme de kinésithérapeute), il réalise quelques vacances dans des IFMK. Pour lui le métier est diagnostic, complexe (il faut se tenir régulièrement à jour des avancées scientifiques pour rester pertinent) et autonome (il n'applique pas les ordonnances mais les discute).

A l'inverse, Enzo se positionne comme un auxiliaire du médecin, un aide appliquant des techniques en fonction de maladies diagnostiquées en dehors de lui. Il s'appuie beaucoup sur ses collègues (les kinésithérapeutes plus expérimentés de son cabinet) pour choisir les techniques les plus adéquates et enchaîne un certain nombre de formation, souvent non universitaires mais courtes et techniques pour améliorer sa « boîte à outils ». C'est à ce titre qu'il envisage la formation d'ostéopathe, comme une sorte de super boîte à outils qui améliorera sa technicité et sa position sociale (il pourra réaliser des actes déconventionnés et des patients seront prêt à déboursier de l'argent non remboursé pour le consulter). Pour lui aussi le métier est autonome (dans ses choix techniques) mais il est avant tout marqué par l'importance de la technique thérapeutique, le savoir-faire de la main qui s'acquière par l'expérience.

Comment Hector et Enzo en sont arrivés à occuper ces positions si différentes ? La socialisation primaire joue mais n'est pas suffisante : bien que marqués par les « lunettes sur leur monde » que sont leurs socialisations primaires, ces étudiants ont tous des trajectoires singulières. Ils vont investir leurs formations avec une image préalable du métier, variablement remodelée par le cursus. Ces étudiants ont ainsi des marges de manœuvre qui les poussent à se comporter différemment en fonction de ce qu'ils attendent de leurs enseignements : les formations sélectives scolairement favorisent l'adhésion des étudiants au projet professionnel tandis que les formations déclassées sont vues comme des tickets d'entrée pour le métier, sans que cela n'entraîne la même incorporation de la posture professionnelle. Les universités étrangères peu sélectives scolairement entérinent leur position dominée et tentent, dans les limites de ce qui leur paraissent acceptables (l'offre de stages plus que le contenu de cours in situ), de s'aligner sur les curriculums dominants. Le classement des étudiants respectifs est alors accepté par tous tandis que s'installent des processus d'imitation du légitime. C'est au cours des stages que ces différents étudiants se retrouvent et que les différentes postures professionnelles se révèlent. La gestuelle et le contenu du travail peuvent se ressembler tandis que l'approche du métier, le savoir-être et le rapport à la théorisation sous-jacente varient selon les lieux de formation. Ce terrain des jeunes kinésithérapeutes semble donc indiquer qu'au-delà des apparences, c'est bien la croyance partagée dans la complexité et l'incertitude de l'activité qui fait la profession. D'un côté, les acteurs formés dans les pays à faibles nuances de professionnalisme conjuguent des manques de capitaux culturels et scolaires, permettant mal d'afficher ce savoir sous-jacent à leurs pratiques, et une formation les préparant mal à l'incertitude : ils

apprennent les catégorisations médicales et le fonctionnement biologique sur le mode des certitudes distinctes d'un apprentissage du geste à reproduire devant l'examineur. De l'autre côté du miroir, leurs homologues français se caractérisent par leurs capitaux culturels et scolaires plus importants et supportent mal leur position d'exécutant technique du médecin. Si leur formation évolue, elle reste marquée par la prééminence des cadres de santé, formés dans des écoles techniques, qui leur donnent à la fois des outils d'émancipation (ils sont dans les formations françaises sélectives et disposent de crédits universitaires) tout en se révélant des formateurs insatisfaisants. Les jeunes impétrants en France ne se contentent pas de valider le ticket d'entrée dans le métier que recherchent ardemment leurs homologues ibériques, ils veulent modeler la kinésithérapie à leurs vues. Un mouvement réformateur apparaît alors, institutionnellement représenté par la FNEK. Cette fédération des étudiants kinésithérapeutes de France sert de creuset à de nombreuses innovations : promotion de la pratique appuyée par la science mais aussi découverte du militantisme précoce et alliance des deux, notamment par l'investissement dans la santé publique. Ce sont ces étudiants de France qui imposent leurs vues au groupe professionnel, en promouvant une kinésithérapie alignée sur la médecine mais rejetant sa tutelle. Deux visions du métier cohabitent : une kinésithérapie technicienne, supportée par la biologie médicale mais où l'important est surtout l'application zélée de protocoles et de gestes efficaces. Et une kinésithérapie professionnelle, se voulant prendre en compte toutes les incertitudes inhérentes à l'humain, du contexte de l'écologie de la santé aux conditions biologiques et psychiques jouant sur la motricité. La kinésithérapie est alors soumise à des tensions aussi fortes que peu visibles de l'extérieur, tant le geste masque la pensée.

Section 1 Etudier à l'étranger, se préparer à une position périphérique dans le groupe professionnel

L'apprentissage d'un métier fait partie des processus de socialisation secondaire les plus documentés¹⁵²³. Il s'agit, bien au-delà de l'acquisition d'un diplôme permettant l'accès à un travail, d'une conformation progressive au rôle social attribué. Or il a été montré au chapitre 1 que les nuances de professionnalisme varient selon les pays : d'un côté, une place de technicien en France et en Belgique mise en question par une universitarisation, une autonomisation (partielle) des savoirs, une sélectivité des impétrants, des conditions démographiques favorables vis-à-vis de la profession médicale et une autonomie de fait dans le travail forçant les kinésithérapeutes à gérer une incertitude non éclairée par les médecins. De l'autre, en Espagne, la place de la kinésithérapie dans le champ médical est plus récente, plus remise en question, le marché du travail moins florissant, ce qui engendre des pratiques concurrentielles et à fortes connotations commerciales, en contradiction avec les idéologies professionnelles, dans un cadre d'universitarisation non couplé à une protection du savoir à destination des plus méritants (les impétrants

¹⁵²³ Claude DUBAR, *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, 4e éd. revue., Paris, A. Colin, 2010.

n'y sont que peu filtrés). Dans ces conditions, la comparaison des parcours des jeunes français en Belgique, France et Espagne, met en évidence des conformations à des visions distinctes des métiers : construction d'un positionnement proche de l'idéal type professionnel en France et en Belgique (malgré un statut administratif proche du technicien), et construction d'un technicien exécutant, articulant peu son savoir universitaire à sa pratique réelle en Espagne.

A ces contextes de formation, il faut articuler les positionnements des étudiants français à l'étranger. Ils n'y vont pas pour y travailler par la suite mais pour contourner l'obstacle scolaire et revenir exercer en France. Cela altère les processus de socialisation et de conformation au métier enseigné sur place : ils ne se reconnaissent pas dans le métier de kinésithérapeute espagnol et restent arc-boutés sur la conformation à leur image du métier français. Les barrières linguistiques, les différences de statut professionnel, les arbitrages dans les programmes enseignés sont alors autant d'éléments qui contribuent à différencier les étudiants de part et d'autre des frontières. Alors que les étudiants français, accrédités par leur réussite « méritocratique » aux concours et suivant la voie légitime, évoluent au cours de leur formation pour apprendre le métier, s'aligner sur la médecine et chercher in fine à l'imiter, les étudiants en Espagne n'intègrent qu'à leur corps défendant les propositions de leurs enseignants, tout en cherchant avant tout à les faire coïncider avec leur image profane du métier.

a) Se former à l'étranger, une « traversée du miroir »¹⁵²⁴ plus difficile

Les étudiants kinésithérapeutes en France évoluent au cours du processus de socialisation secondaire dans et autour de leurs études de kinésithérapie. Ils incorporent ainsi leur position dans le champ médical¹⁵²⁵, même si celle-ci peut parfois entrer en contradiction avec leurs attendus (voir le chapitre 1 et 4 et les vellétés d'émancipation). Ces transformations présentent des différences avec celles se déroulant à l'étranger. Dans le cas espagnol notamment, la vision profane initiale résiste bien plus, ce qui se donne à voir à travers trois thématiques : l'image de métier du sport, la volonté de travailler en cabinet libéral autonome et l'image de l'ostéopathie dans l'imaginaire étudiantin.

L'espace des sports reste attractif

¹⁵²⁴ La « traversée du miroir » est régulièrement utilisée par Everett Hughes pour décrire le processus de transformation de l'étudiant en un professionnel, à travers tous les processus de socialisation rencontrés. E. C. HUGHES et J.-M. CHAPOULIE, *Le regard sociologique*, op. cit.

¹⁵²⁵ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit. Christophe Gaubert présente dès le titre les résultats de cette socialisation française (parisienne dans son cas) sur les kinésithérapeutes français, dans une référence explicite à Pierre Bourdieu : « le travail d'inculcation à travers lequel se réalise l'imposition durable de la limite arbitraire peut viser à naturaliser les coupures décisives qui sont constitutives d'un arbitraire culturel [...] sous la forme du sens des limites, qui incline les uns à tenir leur rang et à garder les distances et les autres à se tenir à leur place et à se contenter de ce qu'ils sont, à être ce qu'ils ont à être, les privant ainsi de la privation elle-même » P. BOURDIEU, *Ce que parler veut dire*, op. cit., p. 129-130.

Les étudiants français s'expatriant ont des profils sociaux particuliers, ils sont plus masculins et utilisent leurs capitaux économiques pour contourner l'obstacle scolaire¹⁵²⁶. Mais ils ont aussi un rapport à la kinésithérapie différent des étudiants français. Le premier élément en ce sens est la pratique sportive.

Toujours grâce au questionnaire administré aux étudiants, il est possible de relever que 21,8% des étudiants kinésithérapeutes en France pratiquent une activité sportive plus de 3 fois par semaine, contre 30,1% des français étudiants dans notre université belge et 36,1% de ceux étudiants dans le privé espagnol¹⁵²⁷ (***) . Cet attrait pour le sport des étudiants allant se former à l'étranger se retrouve à travers les projets d'études initiaux et les projets de poursuites d'études complémentaires à la kinésithérapie.

Concernant les projets d'études des étudiants français, précédant l'orientation vers la kinésithérapie, les réponses au questionnaire indiquent que pour les étudiants en France 35,8% avaient un projet en médecine et 1,5% dans le sport, pour les enquêtés en Belgique 4,9% avaient un projet en médecine et 4,9% un projet dans le sport et pour les étudiants en Espagne 6,3% avaient un projet en médecine et 6,8% dans le sport (***) . Ces résultats montrent que les étudiants enquêtés en France sont plus nombreux à avoir choisi la kinésithérapie par défaut (non reçus en médecine) ou par réorientation d'un projet en santé (seuls 54,2% d'entre eux déclarent ne pas avoir eu d'autres projets que la kinésithérapie). A l'inverse, en Belgique et en Espagne, la kinésithérapie est plus fréquemment déclarée comme un premier choix (respectivement 77,7% et 74,6% des étudiants français ne déclarent pas d'autres projets préalables), confirmant la thématique de la « résistance » au changement de sélection française et à l'éviction sur critères scolaires pour des jeunes gens se projetant dans ce métier. Pourtant, il est aussi possible d'y constater qu'une part plus nombreuse d'étudiants s'était initialement projetée dans des études en lien avec le sport¹⁵²⁸.

Les projets d'études complémentaires après la kinésithérapie marquent aussi cette nuance de lien au sport des populations enquêtées en France et à l'étranger : les étudiants français en France sont ainsi 8,1% à penser à une poursuite d'étude en lien avec le sport contre 20,7% des français en Espagne et 18,4% des français en Belgique. Il est à noter, d'ailleurs, que ces dispositions semblent renforcées par le cursus espagnol et au contraire réfrénées par le cursus belge : ces taux passent respectivement de 25% à 10,6% en Belgique (un écrémage d'étudiants doit être pris en compte entre la 1^{ère} et la 4^{ème} année) et de 17,1% à 26% en Espagne (chiffres ne prenant toujours en considération que les français). En revanche, ce taux est stable entre la 1^{ère} et la 4^{ème} année française.

¹⁵²⁶ Il est à noter qu'une partie d'entre eux a sans doute aussi un « capital spatial » au sens de Stephanie Garneau, de rapport préexistant à la mobilité, soit par expérience personnelle (ce sont souvent des étudiants originaires de la région frontalière) ou par projection symbolique (famille même lointaine d'origine espagnole dans le sud de la France). Ces caractéristiques sont passées sous silence ici, car moins directement en lien avec la posture professionnelle à venir. S. GARNEAU, « Les expériences migratoires différenciées d'étudiants français », art. cit.

¹⁵²⁷ Des étudiants français formés dans les universités privées espagnoles rapportent ainsi que la pratique du sport dans un cadre universitaire leur ouvre droit à des crédits universitaires et remplacent des enseignements plus théoriques.

¹⁵²⁸ Si quelques métiers (entraîneur, préparateur physique...) ou disciplines sportives sont parfois cités, la plupart des réponses évoquent un projet d'étude en STAPS (ou des études effectives).

Autrement dit, pour une grande partie des étudiants français se rendant à l'étranger, la kinésithérapie est un métier du sport :

« Enquêteur : *Tu te souviens depuis quand tu voulais faire kiné ?*

Enzo : *Ouf, ça remonte à peu près à je dirais la 5ème 4ème...*

Enquêteur : *D'accord, ça t'est venu comment ? Tu as quelqu'un dans ta famille qui est kiné ou dans la santé ?*

Enzo : *Non du tout du tout. Quand j'étais plus jeune j'étais très sportif et j'ai toujours un peu admiré on va dire les soigneurs qui rentrent sur le terrain, foot, rugby et ça m'a donné envie comme ça. »*

Entretien avec Enzo (pour rappel, étudiant français en Espagne Bac S mention assez bien, père profession intermédiaire, mère cadre supérieure).

«Après le lycée je voulais être professeur de sport... Du coup j'ai fait fac de sport [dans une métropole du sud de la France] [...] J'ai fait ma licence, donc 3 ans, juste avant ça j'avais passé des diplômes pour faire des petits boulots et commencer à me former en BAFA¹⁵²⁹. BAFA qualification voile, moniteur de voile... En fac j'étais option voile aussi et je me destinais soit à être professeur d'EPS soit être professeur de voile... Voilà [...] Après mon Bac j'ai commencé à me dire que tout ce qui était physique et tout ce qui était dans l'éducation ça me plaisait quand même bien, donc j'étais dans le top 10 de ma promo. Comparé au collège lycée [bac S avec 10,7 de moyenne], je commençais à être fort et à aimer ce que je faisais. Mais le fait de me faire catapulter partout en France une fois avoir eu mon diplôme [le concours de professeur d'EPS du secondaire] ça ne me plaisait plus du tout. J'avais une copine en terminale qui était partie en Belgique faire ses études de kiné et toutes les années elle revenait l'été et elle me disait mais pourquoi tu viens pas avec moi, pourquoi tu viens pas, c'est trop bien là-haut, viens. J'ai terminé ma licence j'avais déjà en tête que je voulais faire kiné »

Entretien avec Axel, étudiant français en Belgique, Bac S sans mention, père ingénieur, mère ingénieure devenue professeure des écoles (pour mieux concilier vie professionnelle et trois enfants), 15/09/2018

Dans ces deux témoignages, les enquêtés conçoivent le métier de kinésithérapeute comme intimement lié au sport : Enzo y pense dès le secondaire et envisage le supérieur sous ce seul angle. La kinésithérapie qu'il imagine est celle d'un soigneur du sportif. Il tente d'abord d'intégrer les structures françaises où il échoue avant de contourner l'obstacle scolaire via un cursus espagnol. Axel, lui, envisage d'abord les métiers du sport en rapport avec sa passion de la voile. La kinésithérapie n'arrive que dans un second temps, comme un métier gravitant autour de cet intérêt sportif. C'est le cursus STAPS qui provoque un certain désenchantement : le concours d'EPS est incertain et les postes sont attribués d'abord selon une logique d'ancienneté, lui promettant de nombreuses années loin de sa région, dans des établissements souvent délaissés. La kinésithérapie, promue par une connaissance, lui semble alors d'autant plus attrayante : elle semble un métier du « physique » avec une plus grande liberté.

Des positionnements similaires peuvent exister chez les étudiants français, d'autant que des accès (minoritaires) via STAPS existent. Ils sont cependant moins fréquents. Cela s'explique par la sélectivité française, très majoritairement via médecine, qui inculque aux étudiants, dès le début du supérieur, la position de la kinésithérapie dans un champ d'abord médical¹⁵³⁰. La Belgique se positionne comme un

¹⁵²⁹ Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateurs, pour encadrer des jeunes dans un cadre de loisirs.

¹⁵³⁰ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit.

cas intermédiaire, avec une pratique sportive présente dans le cursus en première année. Des enseignements sportifs et des pratiques sportives (parfois communs aux formations de professeurs de sport) entrent en ligne de compte dans la validation du premier cycle. Pourtant, progressivement, le rapprochement avec la profession médicale se fait. Les pratiques sportives disparaissent dans les dernières années et les stages de kinésithérapie qui apparaissent se font d'abord à l'hôpital.



Figure 33 : photo d'un des gymnases internes à la faculté de motricité de l'UB. Des travaux pratiques de première année de kinésithérapie s'y sont déroulés lors de mon enquête, avec des apprentissages en lien avec les habiletés motrices dans un cadre sportif.

Si l'Université Belge enquêtée (UB) dispose d'infrastructures sportives de qualité, elle se caractérise aussi par une place au milieu d'un campus médical, à côté des locaux de la faculté de médecine et d'un hôpital universitaire. Ce dernier, situé derrière le bâtiment des kinésithérapeutes, donne aux étudiants un accès privilégié aux patients des médecins.

Cette acculturation belge progressive à la place dans le champ médical se fait via les enseignements universitaires proprement dits :

« Au niveau des études en Belgique, on faisait la même anatomie que les médecins, on avait le même examen que les médecins, on faisait dissection comme les médecins, sur cadavres entiers. »

Entretien avec Axel.

Cette médicalisation de l'activité se fait aussi via la mise en stage, qui, en Belgique, se fait essentiellement en hôpital et selon un découpage obligatoire suivant les spécialités médicales :

« Tout le monde devait faire deux stages d'ortho [en services d'orthopédie], un stage de pédiatrie [en services de pédiatrie]... Enfin deux mois d'ortho, un mois de pédiatrie... Deux mois de respi [cardio-respiratoire]... Tout ça [...] Tous les cadres [de santé, intégrant les stagiaires dans les services] avaient quasiment le même nombre de patients que nous et après, à côté, ils faisaient des congrès, ils faisaient tous les mois des prises de revues de littérature, ils préparaient ça,

après ils faisaient avec nous... Ils nous faisaient passer des oraux tout ça [...] Ils faisaient de la recherche et ils faisaient de la gestion du simple kiné du service quoi. »

Entretien avec Axel.

Les stages hospitaliers permettent à ces étudiants de découvrir un métier fortement aligné sur la médecine. Le cadre kinésithérapeute y est décrit d'une manière similaire à un chef de service : s'il gère le planning, ses attributs valorisés sont surtout sa participation aux soins et son rôle de « guide » pour les stagiaires et les kinésithérapeutes. Il propose ou encadre des exposés sur l'état de la science et a un pied dans la recherche sur les malades. C'est bien ce modèle qui éloigne petit à petit les étudiants français de leur conception initiale du métier comme celle d'un soigneur du sportif pour les rapprocher d'un positionnement (dominé) au sein du champ médical.

En Espagne cette évolution n'a pas lieu. Si, comme en Belgique, une proximité avec les STAPS existe, elle persiste tout au long du cursus, voire mène à une double diplomation (cas rencontré dans l'Université publique enquêtée, « Publica »). Les locaux peuvent être partagés entre les deux sections :

« Il n'y a cours que l'après-midi. Il y a les STAPS cours le matin et les kinés cours l'après-midi. Après il y avait quelques cours de kiné qui étaient le matin mais très peu. Plutôt l'après-midi »

Entretien avec Jane, étudiante franco-anglaise en Espagne (domicile parental et cursus secondaire en France à proximité de la frontière), Bac S mention très bien, deux parents cadres supérieurs, 17/09/2019.

A la différence de la Belgique cette proximité n'est pas remise en cause par une socialisation au modèle médical. Si un nombre d'heures de stage est imposé, sur les terrains enquêtés il n'a jamais été constaté d'imposition de cadre (libéral/hôpital) ou de spécialité (suivant le découpage médical, neurologie, orthopédie, pédiatrie etc), même si, en prévision d'un retour en France des conseils peuvent être donnés (« l'école nous recommande de faire des stages dans toutes les spécialités »). S'il y a une rencontre avec les « patients », ce sont finalement moins ceux des médecins que dans les cursus français ou belges :

« Dans les études, on commence les stages en deuxième année, on commence un genre de stage encadré où c'est un cours. Mais des gens viennent de dehors, des patients soi-disant, et pendant cette heure de cours on fait le traitement qu'on croit qu'il faut faire avec les machines qu'on croit qu'il faut utiliser. Et pendant ce temps-là il y a des professeurs qui sont dans la salle qui surveillent qu'on fait pas des bêtises. »

Entretien avec Jane.

Certaines structures ibériques vont ainsi jusqu'à ouvrir des consultations dans les locaux d'enseignement pour faire venir directement les patients auprès des étudiants. Ceci s'explique par le statut des soins de kinésithérapie en Espagne et au Portugal : les médecins se préoccupent peu de cette activité et la pratique hospitalière est réduite, diminuant les lieux de stage. La pratique se fait alors dans un cadre libéral peu remboursé et fortement concurrentiel. Pour les kinésithérapeutes en exercice, si l'accueil d'un stagiaire peut sembler un attribut valorisant auprès des patients, cela concourt aussi à donner des « recettes » à un potentiel futur concurrent. Des centres libéraux accueillent donc des stagiaires mais dans des

proportions limitées en regard des grandes cohortes formées en Espagne¹⁵³¹. Les structures de formation créent alors de toutes pièces des « cliniques » pour recevoir les patients et permettre des mises en stage. Cette politique est facilitée par le faible financement de ces soins qui rend cette proposition attractive pour les patients : ils sont les cobayes d'étudiants mais ont des soins accessibles financièrement¹⁵³². Dans tous les cas, se crée de fait une distance à la médecine : les étudiants kinésithérapeutes ibériques peuvent effectuer leur cursus très à l'écart de la médecine ou de l'institution hospitalière.

L'institution de formation à la kinésithérapie en Espagne entretient donc les étudiants kinésithérapeutes français dans une image de métier du sportif, à l'écart du métier médicalisé. Cela semble très partagé dans les écoles ibériques y compris ne recevant pas de français :

« Dans ma classe, en Espagne, il y a beaucoup de gens qui font le cursus de kinésithérapie pour travailler dans une équipe, pour être kiné du sport [...] L'année qui vient, je penserai... Je vais penser à ce que je vais faire dans le futur, sans doute un projet en relation avec l'escalade. »
Entretien avec Alberto, étudiant kinésithérapeute espagnol dans une université privée « semi concertada »¹⁵³³, subventionnée par l'Etat (Nota de Corte supérieure à 9/14, inaccessible aux français), père commerçant, mère employée (6 mois d'ERASMUS en IFMK français au moment de l'entretien). Traduction personnelle.

Même dans l'école de kinésithérapie d'Alberto, qui a la particularité d'être proche d'une faculté de médecine (locaux universitaires à proximité, quelques cours « délocalisés » dans des salles du CHU local), le métier du sportif est une image partagée et valorisée. Le métier hospitalier proche de la médecine est vu comme plus lointain et moins probable, ainsi que le verbalise Alberto : *« l'avenir en Espagne est plus dans le privé qu'à l'hôpital. C'est très improbable de travailler à l'hôpital »*.

Dans ce contexte d'étude, les étudiants français arbitrent entre une volonté de se conformer aux attentes françaises, dont ils perçoivent partiellement la composante hospitalière¹⁵³⁴, et leur attirance personnelle, en adéquation avec le cursus local, qui peut les pousser vers des stages répétés dans le sport :

¹⁵³¹ Les deux situations libérales et salariées ibériques peuvent s'expliquer par des faibles socialisations des dépenses de santé. En libéral la conséquence est immédiate, la kinésithérapie, métier tardivement séparé du corps infirmier, ne dispose que de peu de place dans les cabinets de ville publics (les systèmes espagnols et portugais sont proches du système bévériidgien avec des acteurs de ville salariés). En hôpital, de la même manière, les médecins ont moins exploré ce domaine du soin que leurs homologues d'Europe du Nord et se sont plus recentrés sur les soins immédiats, dans un parallèle notable avec une logique de financement aux résultats (visibles rapidement).

¹⁵³² Cette pratique rappelle les premiers hôpitaux réservés aux indigents, étudiés par Michel Foucault. Ceux-ci rembouraient en quelque sorte les soins reçus en contribuant à la science (ou à la formation médicale) par la mise à disposition de leurs corps aux médecins. M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique, op. cit.*

¹⁵³³ Il existe ainsi des statuts intermédiaires entre universités privées et publiques en Espagne, en l'occurrence des privées subventionnées. Si ces subventions et l'attractivité pour les étudiants espagnols (cursus accessibles financièrement) sont suffisantes, alors les « notas de Corte » augmentent, interdisant de fait l'accessibilité aux français. Ici une « Nota de Corte » de 9/14 exigerait des français d'avoir eu 18/20 au baccalauréat (soit 9/10, les 4 points « bonus » étant obtenus sur épreuves de sélection post bac, que n'ont pas les français en France). Certaines universités privées, aidées par l'Etat et très plébiscitées par les étudiants locaux, peuvent avoir un comportement vis-à-vis des français proches des universités publiques : c'est une clientèle qui ne les intéresse pas.

¹⁵³⁴ Ils perçoivent essentiellement le stage hospitalier sous son côté « inattaquable » au moment de la demande d'équivalence, sans doute par retours d'expériences entre promotions successives d'étudiants. Ils intègrent nettement moins les implications en termes de proximité du métier français à la profession médicale.

« [J'ai fait des stages en France] histoire de pas me fermer des portes, de faire des stages comme il fallait les faire pour pouvoir retourner en France, au cas où je trouvais pas de boulot ici ou si je n'aimais pas vivre ici. [Elle fait ainsi un stage hospitalier dans une ville moyenne et un stage dans un centre de rééducation pour enfants handicapés] [...] [Mais dans le même temps,] j'ai contacté des kinés spécialisés en escalade pour pouvoir faire des stages avec eux aux Pays Basque. Et à Barcelone aussi [elle y retournera en stage à deux reprises]. Après c'était au pays basque au même endroit, c'était les kinés pour la fédération espagnole d'escalade et.... Son cabinet c'est 90% escalade. »

Entretien avec Jane.

Si quelques stages « médicaux » sont faits pour se conformer aux attentes françaises, ils n'ont rien d'imposé en Espagne et elle réalise trois stages (dont deux au même endroit) en kinésithérapie du sport libéral. Jane, sans doute faiblement socialisée au système de santé français de par l'origine anglaise de sa famille et son arrivée en France durant l'enfance, ne réussit que partiellement son pari quant à l'équivalence qu'elle n'obtient pas pendant un an :

« J'ai attendu une année, vu que j'avais pas d'heures de gériatrie. Vu que pendant mes études ça m'intéressait pas beaucoup, et il faut savoir que les autorités ils demandaient à beaucoup de gens des heures supplémentaires en gériatrie. J'ai attendu un petit peu et j'ai pu [faire] passer les heures que j'avais travaillé en tant que kiné [en Espagne] pendant l'été. J'ai pu les passer avec un certificat de ce que j'avais ça [signé par le kinésithérapeute qu'elle a remplacé pendant l'été] ... je l'ai inventé un peu, des heures en gériatrie, et du coup c'est passé. »

Entretien avec Jane.

Dans le même temps elle s'est attachée à cette région d'Espagne où elle peut pratiquer son sport dans des bonnes conditions tout en restant à proximité de sa famille frontalière :

« J'avais envie de rester pour l'escalade, Catalogne en particulier c'est un « hot spot » et j'avais déjà pris beaucoup de goût à grimper ici. »

Entretien avec Jane.

Ayant pioché ce qui l'intéressait dans le cursus, elle se projette alors dans une pratique à son goût, libérale, liée au sport et selon les techniques qu'elle juge intéressante (au vu des expériences pratiques qu'elle a elle-même choisies) :

« Je préfère travailler avec la personne pendant une heure, voir vraiment le problème qu'il a... [plutôt] qu'utiliser beaucoup de machines... Et du coup... On touche moins la personne et c'est pas très intéressant [...] Les mutuelles paient mal et je vais essayer de voir si je peux faire sans au début. Vu que j'ai une spécialité [sans diplôme complémentaire, elle fait référence à un capital social] un peu plus dans le sport, dans les compétitions et... Avec l'escalade il n'y a personne [dans sa ville] qui fait spécialité dans l'escalade, je vais essayer de voir si je peux avoir des gens [...] Ben là avec le projet actuel j'espère que je vais pouvoir avoir plus de gens l'après-midi [les matinées elle assure un revenu via des heures administratives dans l'université privée qui l'a formée, en lien avec sa compétence linguistique franco-anglaise] qui viennent me voir à moi [directement dans son appartement] ... Je vais aussi essayer de faire des collaborations dans, peut-être, des salles d'escalade ou des... Des... Gymnases pour faire des cours de stretching, échauffement ou ce type de choses. Et l'idée finale c'est que le boulot que je fais le matin devienne... Que j'en ai plus besoin et que je puisse me dédier totalement au kiné »

Entretien avec Jane.

Si Jane réussit à construire un projet professionnel précis, ses capitaux culturels et scolaires n'y sont sans doute pas étrangers : ses deux parents sont des cadres supérieurs anglais et elle a expérimenté elle-même des cursus scolaires variés (anglais puis français) où elle a performé (mention très bien au bac S). A ces capitaux, expliquant une faculté à s'installer dans un pays étranger et les soutiens dont elle dispose pour son projet (un emploi auprès de son université de formation), il faut rajouter des capitaux sportifs¹⁵³⁵ et sociaux spécifiques dans sa discipline : elle fait partie des toutes meilleures grimpeuses européennes, soutenant une légitimité à travailler dans le milieu et lui procurant un réseau susceptible de lui amener la clientèle désirée. Elle se rapproche ainsi du cas de Gustavo présenté au chapitre 1, d'une kinésithérapeute exerçant à distance de la médecine. Son cas présente cependant des particularités par rapport à la majorité des étudiants français en Espagne, appuyés essentiellement sur leurs capitaux économiques et présentant des résultats scolaires plus faibles dans l'enseignement secondaire. Ceux-ci vont combiner une faible socialisation dans le champ médical légitime français à une difficulté à construire un projet sportif alternatif aussi avancé que Jane. C'est le cas de Samia, étudiante française en Espagne, fille d'un commerçant et d'une mère employée, bac ES mention assez bien. Celle-ci, rencontrée en dernière année d'étude, lors d'une période de stage en France, conserve son image du métier comme « soigneur du sportif », mais semble en difficulté pour réellement appréhender un projet professionnel :

« Samia : *Ben moi je fais du sport, c'est vraiment dans la kiné sportif [que je veux travailler]. Dans le... foot. Je faisais du foot et pour l'instant du coup c'est plus sur ça*
Enquêteur : *Ça veut dire quoi travailler dans le sport ?*
Samia : *Faire des formations après, « sport », et pourquoi pas intégrer un staff...*
Enquêteur : *Intégrer un staff comme joueuse ou comme ?*
Samia : *Non, non, comme kiné. Après ma formation, poser des CV, je sais pas. »*
Entretien avec Samia, étudiante française en Espagne, bac ES mention assez bien, père commerçant, mère employée

Dans son cas, les stages déjà réalisés (neurologie et traumatologie, dans le même centre de rééducation¹⁵³⁶, plutôt délaissé par les étudiants français car loin de la métropole régionale accueillant l'IFMK) sont décrits comme des étapes un peu déplaisantes mais indispensables pour obtenir le diplôme convoité. Le projet professionnel ne semble avoir été modifié ni par le cursus universitaire espagnol, ni par ces premiers stages. Il reste en tout point similaire à l'image un peu floue de la kinésithérapie du sportif que peuvent avoir les lycéens préparant leur orientation. Sa remarque concernant la nécessité de formation « sport » à l'issue du diplôme est d'ailleurs révélatrice : le diplôme espagnol est un sésame,

¹⁵³⁵ Sebastien Fleuriel et Manuel Schotté ont travaillé sur des parcours de reconversion de sportifs de haut niveau, en montrant l'importance du « capital sportif » dans le processus. Ils définissent ce dernier comme « *ressource spécifique produite par le monde sportif et potentiellement transférable dans d'autres régions de l'espace social* ». S. FLEURIEL et M. SCHOTTE, « La reconversion paradoxale des sportifs français », art. cit.

¹⁵³⁶ Cette succession de deux stages dans la même structure est assez fréquente chez les étudiants français en Espagne. Il s'agit en fait d'un procédé permettant d'avoir une durée de stage totale suffisante dans la même structure pour pouvoir prétendre aux bourses ERASMUS : étant des étudiants en Espagne, ils disposent ainsi d'une bourse pour effectuer un stage dans un pays européen différent de leur pays de formation, dans leur cas, la France.

donnant droit à travailler, mais il n'a pas répondu à ses attentes concernant la préparation au métier fantasmé, elle se formera alors ultérieurement pour enfin apprendre ce qu'elle souhaite. En ce sens, ces appétences pour des projets sportifs des étudiants français en Espagne peuvent être analysées comme le marqueur d'une vision demeurée profane du métier français plus que comme des tentatives de construction comme professionnels dans un espace démedicalisé (hors les cas d'étudiants s'appuyant sur des capitaux personnels spécifiques, fort capital culturel, fort capital sportif et fort capital scolaire à l'image de Gustavo (chapitre 1) ou Jane). Ce constat rejoint les analyses de Loïc Gojard et Philippe Terral dans les cas de la formation des professeurs d'EPS : le processus normal est celui d'une « *dé-sportivisation* », grâce notamment au contrôle social exercé par leurs formateurs, professeurs d'EPS eux-mêmes dans leur cas¹⁵³⁷. Cette moindre « dé-sportivisation » du métier de kinésithérapeute lors du cursus espagnol témoigne d'un contrôle social plus lâche en Espagne tout autant qu'une discipline ibérique moins intégrée au champ médical.

A la différence des français se rendant en Belgique, ceux se rendant en Espagne peuvent valider leurs années sans se départir de l'image qu'ils se sont formés de la kinésithérapie. Si celle-ci est vue comme un métier de soigneur manuel du sportif, c'est cette voie qui sera largement entretenue et consolidée au cours du cursus. Certains trouvent alors les ressources pour monter un réel projet dans cet espace des possibles (il a été montré au chapitre 1 qu'il s'agit d'un exercice à distance du champ médical qui peut être un instrument d'autonomisation professionnelle) mais les étudiants les plus dépourvus de capitaux se retrouvent surtout à entretenir une image profane du métier, qui entre en contradiction avec la place sociale attribuée à la kinésithérapie française.

Résistance de l'image du kinésithérapeute-ostéo, maitre dans son cabinet

En dehors du renforcement ou de la mise à distance du lien entre sport et kinésithérapie, une seconde thématique importante dans l'image professionnelle est celle du statut libéral, possiblement déconventionné notamment via la pratique de l'ostéopathie. Ces aspirations sont nuancées en France et en Belgique par une sélectivité scolaire forte autour de l'apprentissage de la science biomédicale mettant à distances les pratiques « alternatives » telles l'ostéopathie. De la même manière, les lieux prestigieux de la science légitime, les hôpitaux, conservent une certaine aura, même si l'autonomie du libéral est in

¹⁵³⁷ « *Les étudiants investis dans leur formation dès la première année vivent une dé-sportivisation précoce et se différencient rapidement du profane pour se penser en tant que futur professionnel [...] Les discussions avec des enseignants d'EPS sur leur métier, une attention particulière portée aux discours de certains formateurs, leurs socialisations professionnelles (travail dans le milieu de l'animation) et familiales (des parents ou des proches enseignants d'EPS ou professeurs des écoles) participent à ce processus.* » Loïc GOJARD et Philippe TERRAL, « 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, 2014, p. 25.

fine plébiscitée. A l'inverse, en Espagne, cette image de la kinésithérapie telle qu'elle est connue avant le cursus (le « kiné-ostéo du coin ») reste bien plus vivace.

Cette projection est en lien avec une connaissance du métier préalable au déplacement en Espagne. Les étudiants à l'étranger rencontrés rapportent avoir connu le métier via un kinésithérapeute libéral, le plus souvent s'occupant de « petits » troubles musculosquelettiques (parfois subis par les enquêtés eux-mêmes, comme des entorses, des soucis musculaires liés au sport etc). La découverte de la kinésithérapie hospitalière ou spécialisée se fait en cours de cursus, mais d'une part ce découpage suivant les spécialités médicales est peu normatif en Espagne : il n'est pas indispensable de passer par des stages dans chaque champ pour valider son titre universitaire. Certaines spécialités sont d'ailleurs abordées à l'issue du diplôme, lors de formations complémentaires payantes. D'autre part, le métier espagnol n'étant pas envisagé, c'est bien l'alignement avec leur projet français (et son imaginaire profane préalable au cursus) qui guide les étudiants et qui les incite à se détourner de ces exercices dans lesquels ils ne se sont jamais projetés. Alors que le projet initial est en parti remodelé durant les études françaises ou belges (inscription dans le champ médical, valorisation de la spécialisation ou apprentissage de la forte légitimité de l'hôpital), c'est moins le cas au cours des études ibériques :

« Une fois que j'aurai l'équivalence, j'aimerais bien commencer par faire des remplacements pour me faire la main, pour faire l'expérience, pour avoir des connaissances en plus pour pouvoir aussi voyager parce que c'est quelque chose que j'adore [...] J'ai entendu dire que de Perpignan à Marseille environ ça allait être classé en rouge. Donc plus le droit de s'installer si je comprends bien. [...] Ca fait un peu peur de pas pouvoir s'installer quand on est motivé pour ça [...] Moi je pars du principe qu'on peut pas obliger quelqu'un à aller dans un endroit où il a pas envie d'aller. [Concrètement,] j'irai un peu plus dans le nord de l'hérault et j'irai dans le pied des Cévennes où il y en a le plus besoin et voilà. Ou sinon je m'associerai avec quelqu'un. »

Entretien avec Enzo (1^{er} entretien durant ses études).

« Je sais que je travaillerai pas à l'hôpital ou alors plutôt dans un centre de rééducation. Parce que l'hôpital dans les services, j'ai pas trouvé ça... J'ai pas trop aimé [...] Du coup ben... après je me dis plus libéral plutôt. Parce que les horaires quand même de l'hôpital c'est quand même assez « light » et je me dis tant que tu es jeune profite pour travailler beaucoup quoi. Parce que les horaires d'hôpital c'est un peu tranquille quoi »

Entretien avec Roxanne, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise, 19/04/2019.

Le lieu d'apprentissage légitime n'est pas toujours l'hôpital ou les structures salariées, le libéral (via des remplacements) est considéré comme suffisamment légitime par Enzo. Ce mode d'exercice correspond à sa définition du métier : un exercice seul dans son cabinet idéalement, avec d'autres s'il n'a pas le choix. La socialisation primaire (un nombre plus important de fils de commerçants, artisans, chefs d'entreprise) et secondaire dans un cursus espagnol peu intriqué avec le monde hospitalier et médical se conjuguent alors pour maintenir les étudiants dans leur modèle préalable de métier libéral, selon une logique de commerçants remboursés par l'Etat providence. Ceci est rendu visible par l'image d'Epinal

proposée par Roxanne d'un salariat « light » et d'un libéral « travaillant beaucoup ». Une autre enquêtée, Anne, développe cette logique de commerçant libéral :

« Mon colocataire a fait un stage en pédiatrie en kiné libéral et [...] je me suis rendu compte en voyant ça que c'est vrai qu'en libéral, faire que de la pédiatrie, c'est quand même assez compliqué parce que tu peux... Enfin simplement au niveau du [revenu]... Tu peux pas prendre deux patients [à la fois] pour t'en sortir à la fin du mois. Tu peux pas prendre deux patients. Pédiatrie c'est quand même un patient à la demi-heure etc, donc niveau rendu, à la fin du mois, c'est peut-être un petit peu compliqué. [...] Je vois mes parents qui sont quand même un petit peu... Dans l'entrepreneuriat, ils essaient de créer des choses et ce côté un peu... Ben de... Je sais pas comment expliquer mais dans le libéral c'est un peu toi qui joue un peu tout ton truc, donc te lancer dans différents projets, de créer pas mal de trucs je me dis que ça peut être aussi intéressant. »

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne (dernière année). Bac S sans mention. Père et mère commerçants, 21/11/2019.

Pour Anne, si les enseignements en pédiatrie ont pu susciter une curiosité, cet exercice est rejeté au vu de son inadéquation avec son modèle libéral. Il s'agit pour elle de monter une entreprise, sur le modèle familial, qui se doit d'être rentable. Une pratique libérale intensive, cumulant les prises en charge simultanées est alors le modèle recherché, en opposition avec les modèles de prises en charges longues et singulières valorisées (à défaut d'être toujours respectées) par les kinésithérapeutes en France (voir chapitre 2).

La tentation du libéral existe aussi auprès des étudiants en France (ou en Belgique), mais une nuance existe dans la définition de ce libéral. Auprès des étudiants hexagonaux, il s'agit moins de mettre à distance la médecine que d'être reconnu par elle. Le libéral est alors pensé en groupe, possiblement avec des médecins au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaire, si ces acteurs reconnaissent l'autonomie et la compétence propre des kinésithérapeutes :

« A l'issue, moi, je me vois bien bosser en libéral quand même, au moins les premières années ; je me vois bien faire des remplacements puis du libéral [...] parce que je pense que dans les structures comme les centres de rééducation ou les hôpitaux on [...] est quand même un peu plus dans le « j'applique » selon le chef de service ou le responsable, on est un peu moins libre que quand on a sa propre patientèle... Franchement les hôpitaux ça m'a attiré pour l'aspect apprentissage parce que je pense qu'on voit pas les mêmes patients, il y a des patients qui ne peuvent pas être en libéral, qui sont dans des services hospitaliers parce que... Genre la réa c'était super, c'était très dur comme stage mais j'ai adoré parce que... Parce que voilà il y avait beaucoup d'appareillages. Par contre tous les hôpitaux que j'ai fait, j'en ai pas forcément un super souvenir au niveau relations sociales... Relations interprofessionnelles et pluridisciplinairités. [...] Mais je pense justement qu'en libéral on peut vraiment bosser en interdisciplinarité si on apprend à le faire. »

Entretien avec Léopoldine, étudiante française en IFMK privé parisien. Bac S mention bien, père officier dans l'armée, mère médecin. 21/03/2019.

Alors que pour Anne, la question de rentabilité est immédiatement évoquée comme explication de son désir de libéral, pour Léopoldine, la logique est celle de la professionnalisation à distance du médecin. Cet exercice libéral permet de sortir du contrôle sur sa pratique et d'une position de technicienne

appliquant des protocoles¹⁵³⁸. Pour les étudiants ibériques la médecine est une profession plus lointaine. Certes elle peut offrir, au retour en France, des bons à rembourser en libéral, mais l'exercice est pensé comme plus autonome, sur un modèle ayant des proximités avec l'ostéopathie.

Cette proximité au modèle kinésithérapeute-ostéopathe des étudiants français en Espagne se retrouve à travers les envies exprimées d'études complémentaires en ostéopathie.

« Toucher à des médecines un petit peu parallèles ben ça peut t'aider. Et d'autant plus dans un métier de kiné où tu avances pas dans ton projet thérapeutique parce que tu as peut être plus les outils nécessaires. Ben ostéo vu que c'est peut-être tout ce qui est recentrage et tout et ben je me dis que ça peut être un outil supplémentaire »

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne, bac S sans mention, père et mère commerçants, 21/11/2019.

Cette position contraste avec la mise à distance qui se produit chez les étudiants français :

« Ma vision a un petit peu évolué. Au début je m'étais dit... Je vais faire kiné ostéopathe parce qu'il y a quelque chose qui me plaisait chez les ostéopathes. Et au fur et à mesure, en fait, je me suis rendu compte que ce qui me plaisait chez les ostéopathes, c'était pas l'ostéopathie, c'était la manière de prendre en charge les personnes. Et ça, je me suis dit « j'ai pas besoin de faire des années en plus et d'être ostéopathe pour bien prendre en charge les personnes » et d'autant plus qu'après quand je me suis... j'ai toujours été un petit peu un matheux, un rationnel et, du coup, quand je me suis renseigné, je me suis rendu compte qu'il y avait assez peu de bases scientifiques de l'ostéopathie. Donc, au final, ça m'intéresse moins donc du coup j'essaie de prendre ce qui m'a attiré dans ce métier pour le retransposer dans mon métier de kiné avec des bonnes pratiques. »

Entretien avec Hector (pour rappel étudiant français en IFMK public de province, père officier supérieur dans l'armée, mère au foyer, bac S mention très bien), 04/10/2019.

Les projets de cursus complémentaires en ostéopathie sont significatifs parmi les premières années en France (34,3% des étudiants enquêtés déclarent un projet en ce sens) même s'ils sont plus nombreux parmi les étudiants français débutant des études en Espagne (46,1%). Il est possible d'y voir une marque de la socialisation primaire (choix de l'ostéopathie hors du cadre conventionnel public de la part de fils de commerçants) et des processus de « résistance » via le départ à l'étranger (pour atteindre le métier fantasmé de kiné-ostéo libéral). Pour autant, la socialisation secondaire au sein de l'école semble pouvoir être là encore pointée. En dernière année du cursus, ils ne sont plus que 8,4% des étudiants en France à souhaiter compléter leur formation par un parcours ostéopathique, tandis qu'ils sont toujours 42,9% des étudiants français en Espagne. Comme pour le mode d'exercice libéral, ce n'est pas tant l'influence des étudiants espagnols qui semble être en cause (12,5% des espagnols de première année des mêmes écoles

¹⁵³⁸ Pour expliquer cette apparente ambiguïté des étudiants de France envers la pratique hospitalière, il est possible ici de mobiliser la « socialisation paradoxale » évoquée par Isabelle Baszanger : ces étudiants sont socialisés en partie dans les CHU (ils y passent en stage et c'est le lieu d'exercice de nombre de leurs enseignants) tout en étant formés majoritairement à destination du secteur libéral, à la manière des médecins généralistes. Cette socialisation les conduit à incorporer les hiérarchies légitimes et notamment la place dominante des CHU et de ses médecins dans la définition du savoir légitime, même si leur projet professionnel est plus en rapport avec une autonomie apportée par le libéral. I. BASZANGER, « Socialisation professionnelle et contrôle social », art. cit.

et 12% des dernières années pensent à un cursus complémentaire en ostéopathie) mais bien le maintien de la vision initiale du métier, peu amendée par le cursus¹⁵³⁹.

« On a un bon copain à mes parents qui est kiné ostéo. Donc oui j'en avais déjà vu [avant de choisir ces études] [...] du coup il y avait ostéo qui m'intéressait bien, et il y avait kiné aussi. Et en fait moi mon projet certainement après c'est que je vais faire certainement la spécialisation ostéo. Du coup après j'ai choisi kiné parce que je me suis dit que ça allait à la base... Je vais être honnête, à la base j'ai choisi kiné parce que je sais que c'était remboursé [en libéral] par la Sécurité Sociale et que ostéo non. Mais là maintenant avec du recul je me dis qu'avoir les bases du kiné c'est quand même fondamental pour après faire quand même ostéo. Je trouve que tu as plus de... et nous... tu as plus de connaissances quand tu es kiné et qu'après tu fais ostéo. Et malgré tout c'est plus facile de faire dans ce sens-là que dans l'autre sens. »

Entretien avec Anne.

Il est presque difficile, dans l'entretien mené avec Anne, de discerner ce qui est de l'ordre de son image profane du métier avant l'entrée dans le cursus (« l'expérience auprès de l'ami de la famille « kiné-ostéo ») et ce que son cursus a fait pour l'acculturer au métier (« plus de connaissances »). Cette position se retrouve chez Anaïs, étudiante espagnole reçue 6 semaines en stage dans notre cabinet de pédiatrie. Lors d'une discussion informelle elle déclare ainsi vouloir poursuivre en ostéopathie à l'issue de son diplôme de kinésithérapeute car « moi j'adore les os », formulation curieusement profane. En creusant cette question avec elle, elle précise alors que « c'est pas du tout le même métier » que kinésithérapeute (sans plus de précision malgré mes relances) et que « [son] père fait ça [ostéopathe] ». Titulaire d'un bac S sans mention, fille de deux parents kinésithérapeutes ostéopathes libéraux de village dans le sud de la France (qui ont fait tous deux leur cursus dans l'IFMK local), elle semble, malgré ses trois années d'études espagnoles, avoir gardé comme référence le modèle parental ainsi qu'une vision profane, extérieure, des métiers pratiqués : les kinésithérapeutes s'occupent de façon un peu floue des corps, tandis que les ostéopathes, plus légitimes, s'occupent réellement « des os ».

Les étudiants formés en Espagne se construisent selon une image fantasmée du métier français. Leur mimétisme du modèle français va jusqu'à souhaiter la mise en place des procédures de clôture du marché du travail, en opposition avec la logique du système espagnol dans lequel ils étudient. Parmi les répondants au questionnaire administré dans les structures de formation, si 76,2% des étudiants français en France se déclarent favorable à la limitation du nombre d'étudiants en kinésithérapie, les exclus de cette sélection, les étudiants français en Espagne, s'y déclarent aussi favorables pour 69,6% :

« Il faut qu'ils limitent, parce que là c'est devenu n'importe quoi, dans les promos. Après c'est que des français, ça va faire trop de monde pour trouver du travail en France. »

¹⁵³⁹ Le cas de l'UB présente ici une singularité. Au lieu d'avoir un rapprochement des profils des étudiants en France comme c'est le cas sur de nombreux indicateurs, ils divergent ici. 25% des étudiants français de première année à l'UB pensent à un cursus complémentaire en ostéopathie. Ils sont 44,7% en dernière année. La particularité de l'UB, y compris en Belgique, peut être pointée : c'est la seule structure du pays à proposer à la fois la formation de kinésithérapie et d'ostéopathie en son sein, avec un côtoiement régulier des étudiants.

Notes durant le stage de Roxanne (étudiante française en Espagne, Bac S sans mention, mère cheffe d'entreprise, père profession intermédiaire) dans notre cabinet libéral de pédiatrie, 16 avril 2019.

Etudier en Espagne sans concours académique ne signifie pas plébisciter l'ouverture de la formation. Au contraire, nombre d'entre eux souhaiteraient refermer la porte derrière eux. Cela s'explique par une logique de conversion d'un capital économique en capital scolaire. Ce titre scolaire, acquis par contournement, tire sa valeur d'abord de la logique de sélection et de sa relative rareté, plus que d'un contenu qui serait fondamentalement ésotérique et difficile à incorporer. Cela explique le sentiment de légitimité de ces étudiants (ils savent faire le métier) mais aussi leur envie d'un contrôle renforcé du nombre (il faut que le titre reste rare pour conserver sa valeur). A l'inverse, les étudiants français en Belgique sont moins nombreux à plébisciter cette approche quantitative : seuls 45,6% des enquêtés souhaiteraient une limitation du nombre d'étudiants. Dans leur cas, le système belge les a plutôt convaincus : la sélection progressive des étudiants par un cursus de kinésithérapie exigeant peut remplacer un quota à l'entrée. Pour ces étudiants, le contenu est difficile à acquérir et ceux qui ont le mérite d'y être arrivés sont suffisamment rares et légitimes pour ne pas rajouter de barrières.

Plus encore, alors que la kinésithérapie ibérique est très libéralisée, faisant la part belle aux relations de concurrences et de démarchage commercial pour s'assurer une clientèle, les étudiants français en Espagne sont ceux qui demandent le plus de régulation à l'installation. Ainsi, parmi nos enquêtés, 25,2% des étudiants français en Belgique, 31,1% des étudiants français en France et 39% des étudiants français en Espagne souhaitent une limitation du nombre d'installations libérales. Dans ce cas, les étudiants en Espagne vont même au-delà de ce qu'ils perçoivent chez leurs interlocuteurs en France : il est possible que leur propre nombre les inquiète quant à la possibilité d'exercer le métier dans le cadre libéral rêvé. Il convient alors de prendre des mesures de limitation des installations afin de pouvoir travailler en cabinet selon la logique française à marché du travail favorable plutôt que selon la logique espagnole concurrentielle.

Les étudiants kinésithérapeutes se distinguent fortement selon leurs lieux d'études. Si, au chapitre 5, il a été montré qu'ils présentaient des origines sociales différentes, les processus de socialisation au cours de la formation s'opèrent eux aussi très différemment. Alors que les kinésithérapeutes formés en France et en Belgique semblent se rapprocher (mise à distance du projet ostéopathique ou sportif, apprentissage d'un positionnement dans le champ médical) les Français en Espagne restent à distance du modèle français. Cette fabrique espagnole de kinésithérapeutes peut, parfois, permettre une professionnalisation autonome de la médecine : Jane monte un projet de soin au sportif autonome. Pourtant, ce cas semble rare et lié à la possession de capitaux importants. Pour la majorité des étudiants français en Espagne, il s'agit moins de se penser comme profession autonome que de s'aligner sur une kinésithérapie française qu'ils perçoivent par son prisme du praticien libéral de proximité. Ils s'imaginent alors soignant du sportif, mobilisant des techniques apprises par compagnonnage (l'ostéopathie ou les formations

« sports » qu'ils suivront à l'issue du cursus obligatoire), commerçants autonomes et notables de leur territoire d'origine. Si ces traits sont en forte résonance avec leurs origines sociales, ils sont aussi renforcés par la socialisation secondaire durant la formation.

b) Les enseignements prescrits sont inégalement normatifs selon les pays

Les variations des positions estudiantines vis-à-vis de la kinésithérapie interpellent au-delà des différences de socialisations primaires : les transformations en cours d'études de kinésithérapie semblent différentes selon les pays. Il faut alors tenter d'approcher des éléments de socialisation secondaire pouvant participer à l'explication de ces variabilités. Les apports de sociologie du curriculum¹⁵⁴⁰ se révèlent alors précieux. Ils permettent de comprendre les points arbitrés comme importants pour former les kinésithérapeutes du pays, ici documentés par les curriculums prescrits. Si l'analyse des programmes invisibilise le curriculum « caché », désignant tous les apprentissages non formalisés mais néanmoins proposés dans ces cursus, elle permet d'esquisser une première explication dans les différences constatées d'approche du métier. Il s'agit, comme le propose Stéphane Bonnéry¹⁵⁴¹, de s'intéresser aux contenus pour ne pas arrêter l'explication des différences aux caractéristiques des élèves. Les cursus français et belges sont dans des logiques de contrôles resserrés des impétrants, avec des longs temps de présence studieuse imposés. Ils font la part belle aux savoirs spécifiques à la kinésithérapie, avec une exigence, visible grâce aux examens, de lien fort entre apprentissage théorique et utilisation dans le cadre professionnel. A l'inverse, le cursus espagnol n'impose qu'une présence discontinue des étudiants, avec une certaine segmentation entre des savoirs généralistes à apprendre et des mises en application plus rares et évaluées de façon distinctes. Les étudiants en Espagne disposent alors de marges de manœuvres plus importantes pour répondre aux injonctions scolaires sans systématiquement se conformer au moule professionnel.

L'organisation des études espagnoles permet de moduler ses enseignements en fonction de sa vision du métier

Il y a une tendance, chez les étudiants français en Espagne, au renforcement de l'image profane du métier : un kinésithérapeute libéral, à la clientèle nombreuse, sur des troubles musculosquelettiques, notamment chez les sportifs, et ayant recours, au besoin, à des techniques ostéopathiques.

¹⁵⁴⁰ Jean Claude FORQUIN, *Sociologie du curriculum*, Presses Universitaires de Rennes., Rennes, 2008.

¹⁵⁴¹ Pour Stéphane Bonnéry, il s'agit de « *ne pas relativiser le temps et les moyens d'apprendre* » : il rejette l'idée que « *quelles que soient ces conditions temporelles, matérielles ou pédagogiques, ce qui fait la différence relèverait de caractéristiques propres aux élèves, performants ou pas "par nature"* ». Stéphane BONNERY, « Recherches sur l'éducation : éviter les tentations relativistes: », *La Pensée*, N° 408-4, 2022, p. 34-43.

Cette tendance est à la fois permise et rendue visible par la sélection des enseignements par les étudiants en Espagne. D'une part, selon le modèle universitaire, et tranchant avec les écoles de santé françaises, les taux de présence horaire sont réduits et une grande partie des cours ne sont pas à présence obligatoire.

« Ça été plus la première semaine bien speed et après j'ai fait le tri dans ce qui m'intéressait ou pas... Au niveau des cours théoriques. »

Entretien avec Enzo.

« Selon ton groupe, c'est toujours... Moi par exemple, tous les matins, j'avais cours et à 14h j'avais fini tous les jours. Donc c'est aussi ce qui a fait que j'ai eu moins peur de la barrière de la langue car je savais que j'aurais le temps de tout reprendre [...] C'est pas des journées extrêmement chargées non plus quoi. »

Entretien avec Aneth, étudiante française en Espagne, Bac S mention bien, père commerçant, mère cadre hospitalière, 08/09/2018

Si un socle général existe et est évalué obligatoirement, de nombreux apprentissages, correspondant souvent aux exercices spécialisés en France (uro-gynécologie, pathologies vestibulaires, sport...), sont optionnels. Les étudiants en choisissent alors certains parmi un menu disponible, parfois en fonction de leurs centres d'intérêts, parfois selon des logiques de maîtrise de la charge de travail scolaire :

« Tout ce qui est pédi-neuro, j'ai jamais vu [...] on n'a pas vraiment eu d'exercices... On sait qu'il faut y aller par le jeu mais comment l'intégrer etc c'est plus compliqué. Pour ça il faut prendre les spé à côté, en option, qui peuvent aider à... connaître un peu mieux. »

Entretien avec Nadia, étudiante française en Espagne, Bac S sans mention, mère kinésithérapeute libéral, père absent, 09/02/2022.

« Les options c'est au choix, il y en a une dizaine... Une douzaine, on peut choisir celles qu'on veut mais elles ont pas le même poids, pas le même crédit, donc il faut faire attention d'arriver au bon nombre de crédits. Et en fait moi... Il faut en avoir 18, de crédits. Il y a des matières de 3, de 4 et de 6 crédits. Donc moi j'ai pris deux matières de 6... Donc ça me faisait 12, il m'en restait 6 et en fait, moi, pendant ma scolarité, j'ai fait des activités sportives avec l'université et des échanges linguistiques qui m'ont fait gagner des crédits, j'en avait 6, donc je pouvais prendre une option en moins en fait, et tant mieux comme ça j'avais mon stage à côté [...] Avec l'université on a accès à plein de choses et en fait moi j'ai fait Yoga, Pilate et j'ai refait l'année d'après Yoga Pilate. Donc ça m'a fait gagner 4 crédits »

Entretien avec Julie, étudiante française en Espagne, Bac S mention bien, père médecin, mère enseignante, 31/01/2019.

Julie a ainsi pu choisir ses options en fonction d'une charge de travail allégée, tout en entretenant son attirance pour le sport : sa pratique sportive régulière lui épargne de nouveaux apprentissages purement académiques.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin (9h-13h) Certaines options (*) jusqu'à 14h	Thérapie manuelle groupe 1 (*) Ou Techniques complémentaires (*)	Techniques spéciales en neurologie	Thérapie manuelle groupe 1 (*) Ou Activité physique et santé (*)	Techniques spéciales en neurologie	Nutrition et kinésithérapie (enseignement en ligne)

Après midi (16h-20h) Certaines options (**) à partir de 15h	Thérapie manuelle groupe 2 (**) Ou Kinésithérapie du système vasculaire		Thérapie manuelle groupe 2 (**) Ou Activité physique et santé (**)	Kinésithérapie urologique et obstétricale Ou Kinésithérapie du système vasculaire	Kinésithérapie urologique et obstétricale
---	---	--	--	---	---

Tableau 43 : exemple d’horaires de dernière année de cursus de kinésithérapie dans une université privée espagnole. Ces enseignements sont optionnels, donc à choisir en fonction d’un nombre de crédit à valider (généralement deux matières dans cette liste, colorées pour une meilleure lecture).

Cette organisation universitaire est très souple et laisse une grande marge de manœuvre aux étudiants : ils peuvent alors plébisciter les enseignements en accord avec leur approche du métier (le sport comme dans le cas de Julie mais aussi des possibilités d’initiation à des exercices spécialisés comme l’urogynécologie¹⁵⁴²).

Ces enseignements à la carte sont plus présents en dernière année et un « tronc commun » reste imposé au cours des premières années, bien que les temps de présences obligatoires (les travaux de groupe) soient assez réduits en comparaison de la France ou la Belgique

	Lundi 21 Mars 2022	Mardi 22 Mars 2022	Mercredi 23 Mars 2022	Jeudi 24 Mars 2022	Vendredi 25 Mars 2022
Promotion d’après midi (16h-20h, sauf kinésithérapie musculo squelettique 15h-20h)	Pharmacologie (CM)	Kinésithérapie du système musculo squelettique (TP)	Kinésithérapie neurologique (CM)	Biostatistique et veille bibliographique (CM)	Séminaires (CM obligatoires sur des thématiques variées)

Tableau 44 : exemple d’horaires de deuxième année de cursus de kinésithérapie dans une université privée espagnole.

Il s’agit ici des promotions dites « du soir », d’autres promotions sont dites « du matin », sur une plage horaire allant de 9h à 13h (14h exceptionnellement). Cette promotion « du soir » est elle-même subdivisée en 3 sous-groupes pour les TP obligatoires du mardi.

La présence est obligatoire seulement pour deux enseignements par semaine (le TP du mardi et les séminaires du vendredi). L’absentéisme dans les autres cours est d’ailleurs favorisée par l’existence « d’apuntes », c’est-à-dire de supports de cours délivrés par les enseignants en amont du cours¹⁵⁴³. Ces supports, en espagnol, sont annotés par les étudiants se rendant en cours, puis transmis d’années en années en versions « enrichies », souvent de notes en français. De nombreux étudiants préfèrent alors étudier au calme, avec les fichiers possiblement traduits, plutôt que de se rendre sur site.

¹⁵⁴² Il est à noter que ces exercices spécialisés sont enseignés de manière obligatoire en France ou en Belgique.

¹⁵⁴³ Gaële Henri-Panabière décrit la mise à disposition de supports de cours détaillés comme « des contributions institutionnelles à l’absentéisme étudiant ». Gaële HENRI-PANABIÈRE et Camille NOUS, « De la première à la troisième année d’une licence : comment l’assiduité étudiante est-elle travaillée ? », *Revue française de pédagogie*, 209, 2020, p. 59-72.

La faible présence obligatoire par semaine alimente une image de dilettante¹⁵⁴⁴ en contradiction avec la culture française de la formation en santé. Dans celle-ci, ces cursus doivent imposer une exigence soutenue en termes d'implication horaire et de volumes de connaissances à ingurgiter. Cela est bien sûr vrai pour les modèles d'écoles de santé hospitalières calquées sur le modèle infirmier : nombreuses heures de présence (plus de 30 heures par semaine) exigées et fort taux d'encadrement¹⁵⁴⁵. Mais cela est aussi en grande partie vrai pour le modèle universitaire de la médecine où l'assiduité, si elle est partiellement moins contrôlée, reste une valeur cardinale tout comme l'implication horaire prolongée¹⁵⁴⁶. La kinésithérapie française, piochant dans ces deux modèles¹⁵⁴⁷ ne déroge pas à la règle et exige de ses impétrants une présence en cours assidue et prolongée.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h-9h	CM Traumatologie membres supérieurs	Service Sanitaire en Santé TP Mobilisations spécifiques	CM obligatoire Concevoir une problématique TD Restitution thérapies nouvelles	CM Pathologies dégénératives et traumatiques Membres Inférieurs	TD Restitution thérapies nouvelles (8h30-10h30)
9h-10h					
10h-11h					
11h-12h					TD Renforcement (11h-12h30)
12h-13h					
13h-14h	CM obligatoire Mobilisations spécifiques	TP Kabat	TP Orthèses	CM Rhumatologie	TD Renforcement (13h30-15h)
14h-15h					
15h-16h	Point info (15h-15h30)	CM Physiologie	TD Rhumatologie (15h30-17h30)	Point info (15h-16h30)	TP Gainage tronc
16h-17h					
17h-18h					

Tableau 45 : Emploi du temps de second semestre de 2^{ème} année d'IFMK « hospitalier » de province.

L'amplitude horaire in situ est ici plus importante que dans le cas espagnol. Plus que cette répartition horaire sur la semaine, il est à noter l'importance des temps de cours obligatoires : les TD et les TP sont

¹⁵⁴⁴ A noter que des régulations par les pairs peuvent tout à fait s'opérer en Espagne (cohésion de groupe se suivant plusieurs années, travaux à plusieurs) et compenser en partie le régulateur vertical (via les enseignants) existant dans les écoles de santé françaises. *Ibid.*

¹⁵⁴⁵ Alice Lermusiaux compare à ce titre les écoles de santé aux IUT et les distingue des universités. A. LERMUSIAUX, « L'effet des socialisations scolaire et professionnelle sur les pratiques de travail en IFSI. », art. cit.

¹⁵⁴⁶ Il n'existe pas d'équivalent français au classique « Boys in White » d'Howard Becker. Il n'a d'ailleurs pas été possible de retrouver des travaux portant spécifiquement sur cette forme de sacerdoce que sont les études en médecine et leurs implications horaires. Emmanuelle Godeau est, à ma connaissance, une des chercheuses ayant le plus approché ces notions, notamment à travers ses travaux sur les salles de garde des internes... L'implication dans la formation allant jusqu'à exiger de dormir in situ. H. S. BECKER, *Boys in white, op. cit* ; E. GODEAU, « Les fresques de salle de garde », art. cit.

¹⁵⁴⁷ En suivant Marc Fourdrignier, à l'image du groupe infirmier, il n'est pas certain que les kinésithérapeutes français cherchent dans l'universitarisation une modification substantielle des savoirs enseignés. Il s'agit en grande partie d'obtenir des études longues et prestigieuses, vues comme nécessaires à l'établissement comme profession. M. FOURDRIGNIER, « Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible? », art. cit.

nombreux et une partie des cours magistraux sont obligatoires. Enfin des temps spécifiques de coordination (« points infos ») sont présents, visant à rediscuter et coordonner l'organisation, les attendus et les objectifs de la semaine. Les étudiants sont donc soumis à une tutelle très rapprochée de la part de leurs enseignants¹⁵⁴⁸. En dehors de la sélection drastique à l'entrée, c'est cette deuxième condition qui permet de justifier la bonne mise au service professionnelle du savoir¹⁵⁴⁹ : celui-ci a été acquis sous un contrôle étroit et continu des pairs. Cette approche semble être aussi suivie en Belgique, où le modèle universitaire reste très directif et impose des horaires soutenus, se différenciant des maquettes espagnoles :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
8h-9h	Méthodologie générale de la kinésithérapie et d'ostéopathie y compris la biomécanique des mobilisations (TP)	Education motrice et sportive (uniquement les filles) Ou Biophysique (labo) (TP) (uniquement les garçons)	Méthodologie générale de la kinésithérapie et d'ostéopathie y compris la biomécanique des mobilisations (TP)	Education motrice et sportive (uniquement les garçons) Ou Biophysique (Labo) (TP) (uniquement les filles)	Education motrice et sportive	Appareil locomoteur : orthopédie, traumatologie et appareillage (th) Puis Appareil locomoteur : orthopédie, traumatologie et appareillage : biomatériaux
9h-10h						
10h-11h						
11h-12h						
12h-13h						
13h-14h	Sciences morphologiques – Anatomie humaine (TP)	Physiologie cardio-respiratoire y compris les systèmes		Introduction à la psychologie et	Sciences morphologiques – Anatomie humaine (th)	

¹⁵⁴⁸ Les travaux d'Amélie Duguet vont plutôt dans le sens d'un effet positif de la richesse des interactions quant à la réussite universitaire. Si ici les critères de réussite sont variables, notamment en fonction des critères d'évaluation propres aux universités et cultures nationales, il est probable que le travail de groupe et les interactions rapprochées et répétées avec les enseignants permettent une meilleure transmission de connaissances (aussi bien théoriques qu'en termes de savoir-faire). Amélie DUGUET, « Les pratiques pédagogiques à l'université en France : quels effets sur la réussite en première année ? Le cas du cours magistral », *Recherche & formation*, 79, 2015, p. 9-26.

¹⁵⁴⁹ « Le contrôle de la profession réside dans le contrôle des abstractions qui génèrent les techniques pratiques. Les techniques elles-mêmes peuvent en fait être déléguées à d'autres travailleurs. Pour moi, cette caractéristique de l'abstraction est celle qui identifie le mieux les professions. Car l'abstraction est la qualité qui distingue la concurrence interprofessionnelle de la concurrence entre les métiers en général. Tout métier peut obtenir un permis d'exercer (par exemple, l'immobilier). Mais seul un système de connaissances régi par des abstractions peut redéfinir ses problèmes et ses tâches, les défendre contre les intrus et s'emparer de nouveaux problèmes ». A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit., p. 8. (traduction personnelle).

14 h-15 h	En alternance avec Sciences morphologiques – histologie (TP)	immunitaires et endocriniens (TP)		psychomotricité (th)	Anatomie spéciale et neurophysiologie sensorielle appliquée à l'ostéopathie et la kinésithérapie (th)	
15 h-16 h				Sciences morphologiques – Anatomie humaine (th) En alternance avec Anatomie spéciale et neurophysiologie sensorielle appliquée à l'ostéopathie et la kinésithérapie (th)		
16 h-17 h				Neurophysiologie (TP) Ou Anatomie spéciale et neurophysiologie sensorielle appliquée à l'ostéopathie et la kinésithérapie (th)		Education motrice et sportive
17 h-18 h	Neurophysiologie (TP)	Methodologie générale de la kinésithérapie et d'ostéopathie y compris la biomécanique des mobilisations (th) Sauf quand : Neurophysiologie (TP)		sciences morphologiques – Anatomie humaine (th) En alternance avec Anatomie spéciale et neurophysiologie sensorielle appliquée à l'ostéopathie et la kinésithérapie (th)		
18 h-19 h				Appareil locomoteur : orthopédie, traumatologie et appareillage (th)		
19 h-20 h						

Tableau 46 : emploi du temps de fin de deuxième année de kinésithérapie à l'UB en 2018-2019. En fonction des groupes, certaines plages horaires de TP sont libres (en bleu).

La présence sur 6 jours et des horaires pouvant aller de 8h à 20h marquent ainsi l'exigence de ce cursus belge en termes d'implications étudiantes. Ils se doivent d'être disponibles toute la journée pour leurs enseignants, marquant ainsi leur engagement dans les études.

L'organisation matérielle montre ainsi une partition entre des formations françaises ou belges très encadrantes, à même de modeler des impétrants selon le modèle attendu, et des formations plus ouvertes, offrant plus de choix à leurs étudiants en matière d'enseignements reçus avec une présence exigée et contrôlée moindre. Ces modèles opposés contribuent à expliquer les évolutions des aspirations et projections des étudiants en France et en Belgique et, à l'inverse, le maintien plus important du projet professionnel initial chez les étudiants français en Espagne.

Savoirs et savoir-faire dans les curriculums formels

En dehors de l'organisation de l'emploi du temps, le curriculum formel peut être analysé via les programmes d'enseignements prévus. Bien que la réalité des enseignements reçus à partir de ces

prescriptions reste incertaine, ils montrent par eux-mêmes des différences d’approches entre savoirs théoriques (fortement appuyés dans les universités belges ou espagnoles) et savoir-faire (en France), mais aussi entre savoirs scientifiques généralistes (fortement prescrits en Espagne) et savoirs spécifiques à la kinésithérapie (en plus grandes proportions en Belgique et en France).

La comparaison du programme français est ici proposée avec le programme de l’UB et celui de l’université privée catalane Privada M¹⁵⁵⁰. Ces programmes laissent à voir des disparités en termes de quantités d’heures de présence formellement requises et en termes de modalités d’enseignements :

	Nombres d’heures de CM (cours magistraux ¹⁵⁵¹) sur 4 ans	Nombre d’heures de Travaux de groupe (TD et TP, travaux dirigés et travaux pratiques réunis ici) ¹⁵⁵² sur 4 ans	Nombres d’heures de stage ¹⁵⁵³ sur 4 ans	Total d’heures prescrites dans la formation (travail personnel non pris en compte)
France (restreint aux 4 ans intra	895 heures	1085 heures	1470 heures	3450 heures

¹⁵⁵⁰ Alors que les cas belges et espagnols sont documentés via des structures précises, le cas français l’est via la maquette nationale de formation. Cela est dû au fait qu’en France le programme est très cadré au niveau national, avec un nombre d’heures et de modalités (cours magistraux ou travaux dirigés) précisément définis pour chaque enseignement. Ce n’est pas le cas en Belgique et en Espagne où les disparités entre structures semblent plus grandes. Il a déjà été signalé que l’UB a été la seule structure belge enquêtée, ce qui fragilise la montée en généralité. Les Hautes Ecoles belges semblent se positionner comme intermédiaires entre les structures françaises et l’UB et sa faculté de sciences de la motricité autonome. Si le cas de Privada M a été retenu, tous les éléments ici analysés ont été retrouvés dans les autres universités enquêtées (Privada V et d’autres structures plus épisodiquement). Il est à noter, mais sans avoir de matériel empirique pour développer ce point, que deux structures enquêtées ne recevant que des étudiants espagnols (Publica et une « semi concertada » très sélective) semblent imposer des présences bien plus soutenues à leurs étudiants (notamment via des pratiques en nombre plus élevé et moins de « travail personnel »). Cela soutient l’hypothèse de choix de curriculum très marqués par la logique commerciale de rentabilité dans les modalités pédagogiques retenues dans les universités privées à destination d’une clientèle française. Les universités espagnoles semblent, dans tous les cas, avoir des grandes marges de manœuvre quant à la définition du cursus de kinésithérapie légitime. A l’inverse, les représentants du groupe professionnel (Ordre espagnol notamment) semblent très désarmés pour s’immiscer dans leurs choix.

¹⁵⁵¹ Ces CM sont considérés au sens institutionnel du terme, c’est-à-dire prescrits comme tels dans les emplois du temps. A noter que les réalisations réelles montrent des disparités importantes. A. DUGUET, « Les pratiques pédagogiques à l’université en France », art. cit.

¹⁵⁵² Il aurait été intéressant de pouvoir distinguer les enseignements pratiques au sens de pratiques manuelles et les enseignements dirigés au sens d’apprentissages plus théoriques réalisés en groupe. Cela n’a pas été possible au vu de la formulation des programmes. Il a alors été privilégié la séparation des cours « classes entières » et des cours en groupes plus réduits, comme plus favorables aux interactions proches avec l’enseignant.

¹⁵⁵³ Dans le cas espagnol, les heures de stage au sein de l’Université ont été comptabilisées ici. A noter que les témoignages des étudiants accréditent une surévaluation des heures de stage : j’ai ici comptabilisé 7 heures de stage par journée programmée, alors que les témoignages étudiants rapportent des stages espagnols souvent limités à une présence de matin ou d’après-midi (deux stagiaires peuvent alors se succéder). Ce choix a cependant été fait au vu du choix important de stages en France de la part des étudiants français émigrés : ils suivent alors généralement les horaires français, de l’ordre de 7 heures de travail par jour à l’hôpital.

IFMK, sans prise en compte de la première année universitaire, le plus souvent en médecine)				
Belgique (UB)	1153 heures	871 heures	1250 heures	3274 heures
Espagne (Privada M)	1440 heures	562 heures	1001 heures	3013 heures

Tableau 47 : récapitulatif des heures d’enseignements dans différentes structures de formation à la kinésithérapie.

Les formations présentent des disparités nationales dans le nombre total d’heures d’enseignement prescrit. Les étudiants en France ont plus d’heures prescrites que les étudiants en Espagne¹⁵⁵⁴ (la Belgique se posant comme un cas intermédiaire)¹⁵⁵⁵. Ces différences globales sont cependant à nuancer, les cours magistraux pouvant entraîner un travail personnel plus important que les travaux dirigés¹⁵⁵⁶ et les cours au sein des structures de formation (en dehors des stages) sont en réalité en nombre comparable (autour de 2000 heures durant les 4 années strictement kinésithérapiques). Aussi, plus que ce constat global, il est possible de pointer les répartitions très hétérogènes entre cours magistraux, travaux de groupe et mises en stage.

Les stages sont notablement plus nombreux dans le cursus français¹⁵⁵⁷, et, via leurs composantes hospitalières, des vecteurs clés de la mise à distance de l’image profane, sportive et ostéopathique du métier :

¹⁵⁵⁴ Les universités espagnoles recevant des français sont considérées à pratiques similaires. Si cela n’a pu être vérifié partout, aucun témoignage n’a démenti cette hypothèse. A noter que dans leur chapitre 2, Georges Felouzis, Christian Maroy et Agnès Van Zanten montrent que les établissements en concurrence pour les mêmes élèves tendent à s’homogénéiser et adopter des comportements de mimétisme. Georges FELOUZIS, Christian MAROY et Agnès HENRIOT-VAN ZANTEN, *Les marchés scolaires: sociologie d’une politique publique d’éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.

¹⁵⁵⁵ La différence d’heures de cours par an entre Espagne et Belgique est moins importante que ne le laisse présager l’emploi du temps sur une semaine. La répartition annuelle joue alors, avec des périodes de cours universitaires plus courtes en Belgique. En France, les périodes de cours sont, dès la seconde année, alternées régulièrement avec des périodes de stage, occasionnant des semaines de cours là encore assez chargées. A l’inverse, en Espagne, les stages sont tous condensés sur la dernière année, entrecoupés de quelques disciplines optionnelles, expliquant une répartition journalière allégée durant les 3 premières années.

¹⁵⁵⁶ Par ailleurs, le niveau d’exigence lors des examens peut constituer un aiguillon plus ou moins impérieux quant au travail personnel à fournir pour ingérer ces enseignements, rendant l’évaluation de celui-ci complexe (pour ne pas parler des disparités individuelles).

¹⁵⁵⁷ Même si le recours important aux stages renvoie aux formations les plus techniques, en opposition avec la culture savante de l’Université, de nombreuses formations très sélectives (ingénieur, médecine...) y ont recours de façon très intense. La succession de phases d’enseignements théoriques et de stages sont alors des occasions de lier savoir théorique et savoir-faire. Plus que les stages, ce sont donc les apports théoriques (ou leurs absences) qui justifient la stratification entre professions et « petits métiers ». Lucie TANGUY et Annick KIEFFER, *L’école et l’entreprise : l’expérience des 2 Allemagne*, La documentation française., Paris, 1982.

« [Dans l'IMFK universitaire français], il y a deux stages de 6 semaines. [Dans mon université espagnole] il y en a moins. [...] Les stages j'ai commencé en novembre ici à l'hôpital, en traumatologie. Et j'étais très content. J'ai trouvé très bien. J'ai appris plein de choses, et le français. En Espagne je ne travaille pas à l'hôpital comme kiné »

Entretien avec Alberto, étudiant espagnol dans une université « semi concertada » étant depuis 6 mois en ERASMUS en IFMK français au moment de l'entretien, père commerçant, mère employée, 11/02/2022. Traduction personnelle.

Pour Alberto, l'expérience du stage hospitalier français est presque évoquée sous le ton de l'exotique, par rapport à l'Espagne où les stages sont plus rares et d'abord libéraux. Outre la socialisation renforcée au champ médical, ces heures de stages se caractérisent aussi par des présences obligatoires et contrôlées. Dans les trois pays les cours magistraux sont, quant à eux, généralement à présence non contrôlée¹⁵⁵⁸, à l'inverse des présences en travaux de groupe ou en stages¹⁵⁵⁹. Cette différence fait que les présences contrôlées sont bien plus importantes en France qu'en Espagne (la Belgique se posant à nouveau comme cas intermédiaire).

Hormis le contrôle sur l'emploi du temps étudiantin, ces organisations révèlent d'autres rapports aux transmissions de savoirs. Bien que forcément réductrices¹⁵⁶⁰, les équations cours magistraux = savoirs théoriques, travaux de groupes = savoir-faire et stages = savoirs expérientiels peuvent être envisagées au moins sur deux aspects : d'une part, les matières enseignées en groupe sont souvent propices aux transmissions pratiques de savoir-faire, par des discussions plus informelles qu'en cours magistral¹⁵⁶¹. D'autre part, quand bien même ces enseignements en groupe restent en partie de l'ordre des apprentissages théoriques (et non seulement de savoir-faire), ils peuvent être des moments favorables à un rapprochement entre kinésithérapeutes enseignants et kinésithérapeutes en formation¹⁵⁶². C'est ce qui ressort de l'entretien avec Alberto, étudiant espagnol (dans une université « semi-concertada » accueillant uniquement des étudiants ibériques) qui a été interrogé durant sa troisième année de cursus,

¹⁵⁵⁸ En France certains CM dans les Unités d'Enseignements jugées importantes peuvent être à présence obligatoire.

¹⁵⁵⁹ Pour la France, cette présence facultative en cours magistraux date du changement de maquette 2015. Avant cette date, la forte logique de formation professionnelle rendait les présences obligatoires même en cours magistraux. De nos jours, notamment dans les IFMK à petites promotions (dans les antennes délocalisées les étudiants sont moins d'une vingtaine), il semble que cette présence en cours magistraux soit, de fait, toujours très attendue par les enseignants, ce qui est clairement moins le cas en Espagne selon les témoignages étudiants.

¹⁵⁶⁰ L'exemple de l'enseignement de l'anglais peut ainsi être pointé : en France il est proposé intégralement sous forme de travaux dirigés, tandis qu'il est intégralement en cours magistral en Espagne ou en Belgique. Dans les trois cas cependant il s'agit pourtant plus de savoirs théoriques que de savoir-faire ou expériences.

¹⁵⁶¹ Ruggero Iori décrit l'importance des activités, exercices et mises en situations en groupe pour incorporer la posture d'assistante sociale au cours de la formation théorique dans les centres de formation. Dans le cas de son objet de recherche, cependant, cette transmission de savoir-être au cours de la formation est certainement majorée par un positionnement particulier dans l'espace de l'enseignement supérieur : il y a une revendication de distance par rapport à la chose scolaire, avec une auto-désignation du personnel comme « formatrice » ou « facilitatrice » plutôt « qu'enseignant ». Ruggero IORI, « L'individu d'abord?: Les enseignements professionnels dans les formations d'assistantes sociales en France et en Italie », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 253.

¹⁵⁶² Si les taux d'enseignants kinésithérapeutes ou extérieurs au groupe professionnel n'ont pas pu être documentés (difficile mise en rapport avec les heures prescrites), les trois pays ont en commun des enseignements d'abord effectués par des pairs, à priori à une très large majorité.

qu'il passe en France via ERASMUS. Ayant expérimenté les deux cursus, il note ainsi la forte proximité aux enseignants en France :

« Ici [dans un IFMK français universitaire], c'est vrai qu'il y a un traitement des professeurs vers les élèves, meilleur. Non pas meilleur, différent. Plus proche. C'est bien la façon dont se passent les relations entre les professeurs et les élèves. Je le note dans la manière de communiquer. Qui est plus ouverte. Plus proche. Ils font cours et il y a des blagues. Il n'y a pas... C'est une classe horizontale, il n'y a pas le professeur et en dessous les élèves. Horizontale et directe. Ça me plaît beaucoup. »
Entretien avec Alberto.

Les enseignements en France sont marqués par des enseignements en cours magistraux importants¹⁵⁶³, sans doute majorés par le processus d'universitarisation en cours depuis les années 2000. Mais ils se différencient surtout des cursus étrangers étudiés par de nombreuses mises en application lors de pratiques en groupe¹⁵⁶⁴. La différence la plus importante est avec l'Espagne, avec des ratios plus en faveur des cours magistraux dans le cas espagnol et plus en faveur des travaux de groupe dans le cas français. Cette situation peut interroger au vu de la gradation des nuances de professionnalisme proposée au chapitre 1 (les kinésithérapeutes belges et français seraient dans des situations de travail à nuances plus fortes de professionnalisme que les kinésithérapeutes espagnols) : n'a-t-on pas pourtant des formations plus théoriques et universitaires en Espagne, donc plus à même de former des professionnels aptes à s'adapter à toutes situations d'incertitudes ?

Un élément d'explication peut être apporté en distinguant un pôle d'enseignements « généralistes » et un pôle d'enseignement « kinésithérapiques »¹⁵⁶⁵. Dans ce cas, la France et la Belgique se rapprochent avec des enseignements plus spécifiques¹⁵⁶⁶ à la kinésithérapie que l'Espagne.

¹⁵⁶³ De l'ordre de 200 heures de CM par an.

¹⁵⁶⁴ Il est probable que le travail de groupe soit favorable à l'apprentissage. Malgré l'aspect irréductiblement multifactoriel, Séverine Landrier et ses collègues analysent les meilleures réussites au passage en L2 d'étudiants STAPS du Creusot versus des étudiants STAPS dijonnais comme reposant sur une plus grande proximité aux enseignants et des cours en petits groupes. Séverine LANDRIER, Philippe CORDAZZO et Christine GUEGNARD, *Études, galères et réussites: conditions de vie et parcours à l'université*, Paris, la Documentation française, 2016.

¹⁵⁶⁵ Il s'agit là d'une opération en partie subjective et, comme toute catégorisation, des choix sont opérés pour des enseignements intermédiaires. Le pôle « enseignements généraux » recoupe (selon les pays) la santé publique, les SHS, les sciences biomédicales, l'anatomie, la physiologie, la cinésiologie (isolée), l'anglais, le droit, la méthodologie de la recherche, la chimie, la biomécanique, la biologie cellulaire, la biophysique, la psychologie, la biométrie et les biostatistiques, la pharmacologie et la psychiatrie. Le pôle « enseignements kinésithérapiques » recoupe les techniques kinésithérapiques, les cours d'évaluations et diagnostics, l'anatomie palpatoire, la kinésithérapie musculosquelettique, la physiopathologie, la kinésithérapie neurologique, la kinésithérapie cardio-respiratoire, la kinésithérapie gériatrique, la kinésithérapie pédiatrique, la kinésithérapie communautaire, les options de spécialisation kinésithérapiques, la démarche clinique, l'éducation motrice, la kinésithérapie abdominale et la kinésithérapie en santé mentale. A noter que quand les maquettes associaient un « enseignement kinésithérapique » et un « enseignement général », l'enseignement a été classé en « kinésithérapique » (estimant qu'il mettait en avant l'applicabilité du savoir).

¹⁵⁶⁶ Philippe Ponet, dans le cas des médecins experts d'assurance, montre le processus de construction d'un savoir spécifique quant aux calculs d'indemnités, reposant à la fois sur le compagnonnage et l'élaboration de théories justificatives, qu'il est possible de considérer comme un savoir spécifique à ce groupe professionnel : « [il est possible de comprendre] l'apprentissage du juste, c'est-à-dire au « juste » comme produit d'un encadrement, d'un compagnonnage par les aînés [...] [mais aussi par] l'élaboration de théories justificatrices du juste c'est-à-dire « d'histoires » qui permettent aux différents membres du groupe de donner un sens à leur activité, de la légitimer, tant à leurs propres yeux qu'aux yeux des autres ». Philippe PONET, « Remettre les corps en ordre :

	Pourcentage CM « généralistes »	Pourcentage travaux de groupe « généralistes »	Pourcentage CM « spécifiques kinésithérapie »	Pourcentage travaux de groupe « spécifiques kinésithérapie »
France (programme national)	17,4%	14,4%	27,8%	40,4%
Belgique (UB)	35%	14,3%	41,2%	28,8%
Espagne (Privada M)	41,6%	4,2%	30%	24,2%

Tableau 48 : pourcentages d'enseignements classés selon leur spécificité à la kinésithérapie et le mode d'enseignement (Hors stages). En rouge les majeurs de chaque cursus.

Ces différences de programmes prescrits tiennent pour partie à des situations de pouvoir et de légitimité différentes au sein des pays et des structures¹⁵⁶⁷ : les cursus catalans enquêtés existent au sein d'universités plus larges dont ils ne constituent qu'une filière parmi d'autres, alors que les structures françaises ou belges sont très autonomes et avec des identités propres. Mais en ce qui concerne ici la socialisation professionnelle, ces curriculums prescrits participent à la construction d'impétrants différents selon les pays. En Espagne, la part des cours « généralistes » est très importante, sous forme notamment de cours magistraux. Si les étudiants sont alors soumis à l'injonction de maîtrise d'un savoir général, c'est alors au détriment de savoirs et savoir-faire plus directement en lien avec leur exercice futur.

« Il y a pas trop de lien entre les CM et les TP [...] En physiopatho, on fait que de la théorie, il n'y a pas de pratique du tout, c'est que des listes qu'on apprend, entre guillemets, une fracture ça se fait de telle manière, ça se fait comme ça, ça s'observe comme ça en radiologie. Après, quand on arrive en FISM [pratiques dans le domaine « musculo-squelettique] c'est là qu'on nous dit « triade » qu'est-ce qu'on fait, dans une « faille »¹⁵⁶⁸ qu'est-ce qu'on fait [...] En neuro, on a juste neuro 1 et neuro 2, il n'y a pas de pratique du tout, c'est que de la théorie [...] Du coup on a du mal, quand on nous parle de spasticité¹⁵⁶⁹ par exemple, qu'on discute d'hypertonie etc, on ne voit pas vraiment, nous, comment on peut le sentir au niveau des mains et de la manipulation. »

Entretien avec Nadia, étudiante française en Espagne, bac S sans mention, mère kinésithérapeute libérale (formée en France), père absent, 09/02/2022.

entre savoirs et pouvoirs: La « professionnalisation » de l'évaluation médicale du dommage corporel », *Revue française de sociologie*, 48-3, 2007, p. 477.

¹⁵⁶⁷ Julien BARRIER, Olivier QUERE et Rachel VANNEUVILLE, « La fabrique des programmes d'enseignement dans le supérieur », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 1-31.

¹⁵⁶⁸ Les termes de « triades », que cette étudiante décrit comme des problèmes d'épaule ou de « failles » qu'elle décrit comme des problèmes de hanche ne sont pas, à ma connaissance, utilisés ou ayant une équivalence en France.

¹⁵⁶⁹ Résistance musculaire à l'étirement de nature automatique dans les atteintes neurologiques.

Cette situation est majorée par le statut du corps enseignant. Ainsi, si les enseignants académiques espagnols sont le plus souvent kinésithérapeutes, il n'y a pas d'appel fait à des intervenants extérieurs à l'université¹⁵⁷⁰, ce sont les enseignants salariés de l'université qui assurent l'intégralité des enseignements prévus à l'emploi du temps. A l'inverse, en Belgique et en France, les enseignants coordonnent de nombreux vacataires extérieurs en plus de leurs enseignements : les intervenants sont plus nombreux et variés, avec des liens plus directs aux pratiques quotidiennes¹⁵⁷¹. Ce lien au futur métier plus fort se retrouve à travers un ratio d'enseignements « spécifiques à la kinésithérapie » plus important qu'en Espagne. Une différence existe cependant entre les deux pays francophones (sans doute majoré à l'UB de par sa position spécifique d'université par rapport à de nombreuses formations belges en hautes écoles) : ces enseignements à visée professionnalisante sont plus souvent sous forme de cours magistraux à l'UB et sous formes de travaux de groupe en France¹⁵⁷². Cet aller-retour constant entre théorie et pratique est un point relevé par Alberto, dans sa comparaison des deux cursus, espagnol et français :

« *[Dans l'IFMK universitaire français] on va en TP mais on ne fait pas de la pratique entre nous. Par exemple on va faire une technique, entre nous. On pratique une minute. Et après on revient au bureau pour une autre partie de théorie. C'est plus théorique que pratique.* »
Entretien avec Alberto.

Alors que dans sa description de son cursus espagnol, il y a une très grande segmentation entre un apprentissage théorique (sur des créneaux définis) et un apprentissage pratique (sur d'autres créneaux, relativement indépendamment du savoir théorique), Alberto se révèle surpris, voir interrogatif, sur cette « pratique » française qui pour lui n'en est pas une : les gestes ne sont pas appris et répétés longuement, ils sont essayés avant de retourner à la théorie les justifiant.

Dans les deux cas, français et belge, les savoirs sont d'abord pensés en relation directe avec la pratique kinésithérapique¹⁵⁷³ (dans le cas belge, le curriculum, bien que faisant la part belle à des cours magistraux, les relie directement à des travaux de groupe pour quasiment chaque matière enseignée). Or c'est bien ce lien, cet apprentissage non seulement d'un savoir mais de la mise au service de celui-ci

¹⁵⁷⁰ Les enseignants universitaires peuvent (et pour la plupart semblent avoir) une activité kinésithérapique par ailleurs. Mais ils sont avant tout légitimes par leur contrat de salariat avec l'université.

¹⁵⁷¹ Pour les ingénieurs français, de la même manière, le corps professoral doit maintenir des liens entre enseignement et activité professionnelle. Il s'agit de modérer le rôle de l'académisation et de l'élévation des diplômes : les docteurs recrutés doivent aussi avoir une expérience dans le monde du travail. Antoine DEROUET, « La composition du corps professoral comme reflet du rapport des écoles d'ingénieurs au(x) monde(s) économique(s) », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 33-50.

¹⁵⁷² Il est à noter cependant qu'en France, la première année universitaire (médecine le plus souvent) n'est ici pas prise en compte dans l'analyse, alors qu'elle fournit certainement un quota d'heures de cours magistraux généralistes très important. Leur prise en compte peut expliquer les choix intra IFMK de ciblage d'enseignements plus pratiques.

¹⁵⁷³ Le travail de thèse d'une enseignante kinésithérapeute est, à ce titre, représentatif : il s'agit d'abord d'apprendre aux étudiants à « lire » le patient. Delphine GUYET, « Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques » Université de Rouen Normandie, Rouen, 2019.

dans des situations pratiques qui distingue le professionnel du savant¹⁵⁷⁴. Ce lien est retrouvé dans la pratique professionnelle prudentielle analysée par Florent Champy¹⁵⁷⁵, mais aussi, plus en creux toutefois, chez les auteurs historiques de la sociologie des professions. Talcott Parsons parle ainsi d'une science médicale comme « champ d'application »¹⁵⁷⁶. Howard Becker analyse de son côté l'incapacité à maîtriser l'immensité des savoirs médicaux et il parle d'un tri parmi ceux-ci, en fonction des observations des autres étudiants et des expériences en stage¹⁵⁷⁷. Quant à Andrew Abbott¹⁵⁷⁸, s'il appuie sur l'importance des savoirs académiques dans les luttes entre groupes professionnels, c'est finalement surtout « l'inférence » à partir de ceux-ci, c'est-à-dire leur mobilisation pour répondre efficacement à des situations pratiques, qui justifie la place dans l'écologie professionnelle. En d'autres termes, le savoir, très général, inculqué principalement sous forme de cours magistraux en Espagne est moins favorable à l'établissement professionnel qu'un équilibre entre inculcation de savoirs et savoir-faire plus spécifiques au domaine d'exercice. S'il faut pouvoir afficher un savoir sous-jacent à sa pratique, le lien à celle-ci doit être suffisamment fort pour justifier une réelle plus-value d'une part (ce savoir semble utile) et exclure le profane d'autre part (ce savoir est spécifique et ne peut se retrouver dans toutes les filières académiques).

Cette analyse via les curriculums prescrits ne présume pourtant pas des investissements étudiants dans les différents apprentissages proposés. Quelques éléments peuvent être approchés via des enseignements donnés dans deux IFMK français (un IFMK privé de province et un IFMK public hospitalier de province). J'ai eu l'occasion de réaliser trois enseignements distincts, sous forme systématique de travaux de groupe : des enseignements sur la méthodologie de recherche par questionnaire (16 heures, dans les deux IFMK), des enseignements sur la philosophie et l'éthique du soin (lectures et analyses de textes de philosophie et sociologie de la santé, 8 heures uniquement dans l'IFMK public) et des enseignements sur la rééducation du sportif¹⁵⁷⁹ (7 heures dans l'IFMK public). Ces différents enseignements rejoignent les catégories proposées pour l'analyse des curriculums prescrits : la méthodologie de recherche par questionnaire et la philosophie et éthique du soin font partie des enseignements classés comme généraux tandis que la rééducation du sportif est un enseignement

¹⁵⁷⁴ Loïc Gojard et Philippe Terral notent, dans le processus de fabrique des professeurs d'EPS, le fort lien proposé entre théorie et pratique. Celui-ci se fait notamment via un important travail de groupe : « *Malgré une réelle rupture, nous retrouvons une organisation proche du lycée avec un fort sentiment d'appartenance chez l'étudiant à un groupe, son groupe de Travaux Pratiques* ». L. GOJARD et P. TERRAL, « La professionnalisation des étudiants STAPS du département éducation et motricité », art. cit.

¹⁵⁷⁵ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

¹⁵⁷⁶ Talcott PARSONS, *Elements pour une sociologie de l'action*, trad. fr. François BOURRICAUD, Paris, Plon, 1955, p. 255.

¹⁵⁷⁷ H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit.

¹⁵⁷⁸ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

¹⁵⁷⁹ Si les deux premiers enseignements peuvent présenter une logique avec un cursus universitaires en sciences sociales, les interventions quant à la rééducation du sportif sont plus liées à un passé d'entraîneur d'athlétisme. Ces offres de vacations ont alors été acceptées, durant la seconde partie de thèse, avec l'idée de prendre des notes sur les comportements étudiants.

spécifique à la kinésithérapie. Tous ces enseignements étaient à présence obligatoire. Dans tous les cas, les travaux proposés au préalable ont été réalisés et l'ambiance de cours était disciplinée (ces étudiants ont tous des capitaux scolaires importants et maîtrisent les codes de l'institution). Mais il existe une différence très nette dans la participation et l'intérêt manifesté. Dans le cas des interventions dans les disciplines « généralistes » les questions et relances étaient rares. A l'inverse, dans le cas de la rééducation du sportif, des questions sur mes expériences, sur des exercices alternatifs ou leur adaptation à d'autres cas suggérés étaient légions. Cette plus grande richesse d'interaction était aussi visible dans les comportements étudiantins entre eux : les discussions informelles saisies durant les enseignements généraux portaient sur de tout autres sujets que le travail proposé (notamment des échanges sur leurs expériences de stages du moment ou l'organisation de l'emploi du temps, en sus de discussions sur la vie extra-scolaire). A l'inverse, si des discussions extra-scolaires ont pu être saisies durant les enseignements spécifiques à la kinésithérapie, une bonne partie de ces « bavardages » portaient sur la thématique (comparaisons d'exemples ou d'exercices rencontrés en stage -associées au nom du kinésithérapeute tuteur- ou expériences et jugements personnels en lien avec les problématiques sportives). En d'autres termes, dans ces cursus professionnalisants, les étudiants investissent préférentiellement les enseignements leur semblant en rapport avec le métier visé. Florent Champy avait noté des comportements similaires en écoles d'architecture, avec des tensions entre enseignants et étudiants sur le rôle des apprentissages, et la préférence de ces derniers pour les savoir-faire directement applicables dans le monde du travail¹⁵⁸⁰. La formation à une profession est donc constamment en tension entre la nécessité de proposer des savoirs abstraits suffisamment nombreux pour supporter des délibérations imprévues et la volonté des étudiants de maîtriser des savoir-faire plus terre-à-terre¹⁵⁸¹ et d'abord centrés sur leur image du travail quotidien. La construction du curriculum articulant savoirs généraux et savoir-faire kinésithérapiques est alors une première réponse : si des savoirs abstraits sont inculqués, ils sont d'autant mieux reçus qu'en lien avec un savoir-faire perçu comme nécessaire. Mais plus encore, l'injonction mise quant à l'apprentissage de ces savoirs généraux doit alors jouer un rôle dans la construction comme professionnel. Si en France les étudiants enquêtés ne sont pas particulièrement attirés par ces enseignements généraux, la présence obligatoire et le travail organisé en groupe améliore les capacités d'inculcation. A l'UB, si le modèle universitaire atténué pour partie l'injonction de présence (moins d'enseignements obligatoires et de travaux de groupe que pour le cas français), un puissant aiguillon existe par la sélectivité des examens : tous les étudiants en Belgique ont

¹⁵⁸⁰ Il s'appuie notamment sur la demande des étudiants de maîtrise précoce des logiciels de dessin (contre l'avis de leurs enseignants privilégiant un long passage par le dessin papier et ses propriétés kinesthésiques) ou des règlements d'urbanisme (contre l'avis des enseignants qui privilégient d'abord la maîtrise des conditions d'intégration des constructions dans leur environnement). F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 245-246.

¹⁵⁸¹ Ruggero Iori note la même tendance chez les étudiantes se préparant au métier d'assistante sociale : « cette « séquence école » est souvent sous-estimée et dévalorisée par les étudiantes, tout comme par des nombreuses professionnelles en poste, au profit du temps passé sur le terrain ». R. IORI, « L'individu d'abord?: Les enseignements professionnels dans les formations d'assistantes sociales en France et en Italie », art. cit.

rapporté l'importance, la difficulté et, in fine, le travail effectué pour réussir aux examens. En Espagne, les présences obligatoires sont faibles et les examens sensiblement moins exigeants : les savoirs généraux peuvent alors être délaissés à moindre frais. Ces différences participent à expliquer les différences nationales dans la construction des professionnels : en suivant Stéphane Bonnéry il s'agit de souligner que les savoirs ne peuvent être réduits à « *des informations disponibles, saisissables par ceux qui disposent de la compétence nécessaire* ». En réalité « *en se les appropriant, l'apprenant développe une manière nouvelle de voir les choses* »¹⁵⁸², une forme de pensée plus ou moins inférentielle, créant un lien entre un cadre théorique et une pratique à exercer de manière singulière.

L'analyse des curriculums prescrits montre des formations à approches très différentes : dans les formations privées espagnoles, l'apprentissage théorique généraliste est développé et isolé des situations de transmission de savoir-faire et de savoir expérientiel. Si cette approche peut sembler favorable au développement d'un arsenal théorique, elle mesure mal la capacité des impétrants à utiliser ces savoirs pour réaliser des inférences en situation. A l'inverse, en Belgique et en France, la mise en exergue de savoirs spécifiques aux kinésithérapeutes et leurs mises en applications pratiques in situ sont plus importantes. Un support théorique généraliste est présent mais l'accent est surtout mis sur la construction de savoirs et savoir-faire propres, indépendants du reste de l'université. Dans le même temps, en Espagne, le faible contrôle des présences diminue les espaces de socialisation entre professionnels en exercice et impétrants, voire entre impétrants eux-mêmes : les présences in situ peuvent s'avérer faibles, voire contreproductives tant l'enjeu est l'apprentissage d'un support de cours disponible par ailleurs. A l'inverse, dans les cas belges et français, les situations de socialisation entre étudiants incluant ou non les enseignants sont favorisées par le recours plus fréquent à des kinésithérapeutes « non académiques » et par l'imposition de plus nombreux temps de présence en petits groupes.

Les examens : valorisations variables des capacités d'inférences

Le contrôle des connaissances transmises aux impétrants a été analysé à partir d'un examen dans une matière très théorique partagée dans tous les pays, et toujours placée en premier cycle (1^{ère} ou 2^{ème} année de cursus) : la biomécanique¹⁵⁸³. Si évaluer le niveau dans la discipline est délicat, reposant largement sur une interprétation subjective de la difficulté des questions, la forme de l'examen peut toutefois constituer un indice de l'attendu des enseignants quant à ces savoirs théoriques. Là encore une ligne de fracture existe entre une exigence espagnole de restitution d'un contenu théorique et une exigence belge et française ciblant plus la capacité de mise en application de l'apprentissage théorique.

¹⁵⁸² S. BONNÉRY, « Recherches sur l'éducation », art. cit.

¹⁵⁸³ Des cours ont aussi été collectés mais l'analyse n'a pas semblé robuste au vu de la difficulté à comparer des modalités pédagogiques parfois très différentes (cours magistraux versus TD) et de l'impossibilité de contrôler l'étendu de la transmission de connaissances orales.

En Espagne, la collecte a été possible dans 5 universités, 4 privées et 1 publique. A noter, qu'aucun directeur des deux universités privées espagnoles enquêtées de manière intensive (Privada M et V) n'a souhaité donner suite à mes demandes de fournitures d'examen, malgré des contacts répétés sur place, la passation du questionnaire avec leur collaboration et des échanges sur plusieurs années. Alors que l'université Publica et les autres structures belges (l'UB), portugaises (Interior) et françaises (privées comme publiques) ont bien voulu m'adresser ces examens, cette fermeture partielle de terrain des universités privées espagnoles est symptomatique de leur positionnement. Celles-ci sont dominées dans l'espace de la formation des kinésithérapeutes et elles sont en position défensives quant à la qualité de leurs enseignements et évaluations. Des examens ont donc été obtenus directement via des étudiants enquêtés, qui disposent des annales de leurs prédécesseurs. Quatre structures françaises (une universitaire, une hospitalière, deux privées), une structure belge et une structure portugaise complètent la récolte de données, obtenues directement auprès des directions.

Les examens espagnols se distinguent de ceux des autres pays par le choix d'un QCM à réponse unique : parmi 4 propositions, il faut retrouver la bonne réponse. Cette modalité peut s'expliquer par l'organisation universitaire en promotions nombreuses : le QCM est rapide à corriger. Pourtant le cas de l'UB qui a des promotions plus importantes en nombre, montre que ce n'est pas le seul choix possible. Si, en Belgique, une partie de l'examen est aussi en QCM, d'une part le nombre de réponses vraies est indéterminé (une ou plusieurs propositions peuvent être vraies), ce qui peut rajouter à la difficulté¹⁵⁸⁴, et, d'autre part, une partie rédactionnelle existe.

Le choix du QCM semble une modalité d'examen pratique pour les correcteurs, mais surtout en adéquation avec les attendus envers les étudiants : ils doivent être capable de restituer le cours. Cela se retrouve dans les questions posées :

Qu'est-ce que le triangle de Ward ?

- a) *La convergence des faisceaux arqués et trochantériens du système trabéculaire*
- b) *La zone de moins forte résistance de la hanche*
- c) *La zone de plus forte résistance de la hanche*
- d) *Le dernier film de Steven Spielberg*

Examen de biomécanique d'une université privée espagnole (traduction personnelle)

Il s'agit ici d'avoir appris le cours proposé et d'être capable de restituer des éléments de définition. Cela n'empêche pas une proximité à la pratique future comme en témoigne une autre question :

29. Quelle altération biomécanique du genou est représentée dans le plan frontal d'après le dessin ?

¹⁵⁸⁴ Les réponses uniques ou multiples ne sont pas le seul critère de difficulté, le contenu de la question en lui-même est prédominant. Pourtant, ces choix de questions à réponse unique dans des universités n'éliminant que très rarement leurs étudiants et de réponses multiples dans une université belge pratiquant un « écrémage » très important peuvent être analysés comme un instrument de complexification de l'examen.



- a. *Genu Varum*
- b. *Genu recurvatum et flexum*
- c. *Genu valgum*
- d. *Tout est faux*

Examen de biomécanique d'une université publique espagnole (traduction personnelle)

Si la biomécanique peut ainsi être liée à des observations cliniques, il n'en reste pas moins que les attendus restent liés à la connaissance du cours : donner le nom des positions du genou visibles. Ces attendus semblent différer de ceux des cursus belges ou français.

A l'UB, des questions QCM existent dans l'examen et 9 points sont attribués à ces questions de restitution du cours. Pour autant, elles sont complétées, d'une part, par 5 points attribués, via QCM, sur des questions portant sur l'analyse d'un article de biomécanique humaine scientifique. Au-delà de la logique de restitution du cours, il est alors exigé des étudiants qu'ils aient compris la discipline et qu'ils puissent la mobiliser pour effectuer une veille scientifique :

Chang et al. 2015. « Moments adducteurs et fléchisseurs au genou durant la marche et progression de l'arthrose du compartiment fémoro-tibial médial »

Dans cette étude, les auteurs utilisent une analyse de dynamique inverse pour évaluer :

- 5. *le moment adducteur au genou V F*
- 6. *le moment fléchisseur au genou V F*
- 7. *l'impulsion du moment adducteur au genou V F*
- 8. *la puissance au genou V F*

Examen de biomécanique à l'UB (article scientifique en question fourni lors de l'examen)

D'autre part, 6 points sont attribués selon une logique de réponse rédactionnelle à une question :

Énoncez le principe d'ordre d'intervention segmentaire, et illustrez-le avec un exemple représentatif. Illustrez éventuellement avec un schéma qualitatif

Examen de biomécanique à l'UB

Il s'agit alors de s'assurer que l'impétrant a bien compris la logique d'un mécanisme biomécanique et qu'il est capable de proposer une situation où ce mécanisme entre en jeu. Au-delà de la restitution de connaissance, l'examen de biomécanique de l'UB suggère des attentes en matière de mobilisation des savoirs scientifiques évolutifs et d'utilisation réflexive de ceux-ci dans des cas hypothétiques.

Les examens français suggèrent des attentes du même ordre. Les QCM ne sont pas toujours présents (un seul IFMK, universitaire, propose 4 points sur QCM) même si la logique de restitution de cours peut exister aussi à travers des questions à réponses libres mais courtes :

Définissez les conditions d'un équilibre statique.
Examen de biomécanique en IFMK français privé

La majorité, voire l'intégralité, des points sont attribués à des questions proches des résolutions de problèmes :

Au niveau de la charnière lombo-sacrée (entre L5 et S1) la masse corporelle située au-dessus crée une force verticale vers le bas qui s'applique au centre du plateau sacré. Ce poids peut être décomposé en 2 forces, une compressive et une de cisaillement. Considérant une pente sacrée de 40° (angle réalisé par le plateau sacré par rapport à l'horizontale dans le plan sagittal) et une masse sus jacente au plateau sacré de 50kg :

- 1- Réalisez le schéma de la situation (1.5 pts)
- 2- Calculer les normes de chacune des forces. (2.5 pts)

Examen de biomécanique en IFMK français universitaire

Comme dans le cas belge, si la connaissance du cours est indispensable pour répondre, il s'agit aussi de mobiliser ces connaissances en vue d'une application singulière : ici décomposer le problème biomécanique qui se pose et sollicite la charnière lombo-sacrée. Les formes et attendus des évaluations orientent alors les étudiants vers des positionnements différents vis-à-vis des connaissances transmises :

« L'autre jour j'étais en train de parler avec le directeur de l'école de kiné. Et je lui ai dit qu'en Espagne nous avons plus de questionnaires [QCM]. Et je lui ai dit que j'étais pas habitué à écrire mais bon... Je crois que c'est une bonne manière d'apprendre d'autres habitudes. Par exemple, dans le questionnaire tu coches la réponse et ça ne te donne pas l'occasion de t'exprimer ou de résoudre un cas clinique par exemple. Mais ici c'est bien parce que ça te fait plus penser, je ne sais pas. Ça te fait penser et peser différentes options... C'est bien, c'est plus compliqué. »
Entretien avec Alberto.

Alberto, qui a connu les deux cursus, souligne la différence d'approche quant au savoir qu'implique la modalité d'examen : il ne s'agit plus de détecter le vrai mais d'argumenter sur un cas en fonction de ses connaissances. Ces comparaisons d'examens semblent nous indiquer une approche différente de l'utilisation du savoir académique. Dans le cas espagnol, il est nécessaire de montrer un apprentissage assidu mais la capacité à mobiliser ce savoir en situation n'est pas exigée¹⁵⁸⁵. Il est à noter que la

¹⁵⁸⁵ Marie Duru-Bellat, tentant de conceptualiser la notion de compétence, propose que celle-ci n'ait de sens que rapprochée de situations réelles de travail (pour les compétences professionnelles). Dans ce cadre, il est difficile

modalité QCM, si elle semble antérieure à l'arrivée des français dans les universités et est partagée avec l'université publique espagnole enquêtée, favorise la réussite des étudiants étrangers : ils n'ont pas à rédiger en langue étrangère. Dans les cas français et belges, l'exigence est importante en termes de savoir : la connaissance est insuffisante, il faut être capable de la mobiliser dans des cas singuliers (bien qu'hypothétiques dans le cas de ces devoirs écrits)¹⁵⁸⁶.

En France et en Belgique, par des modalités parfois un peu différentes, les enseignants s'assurent que leur vision du métier soit fortement imposée aux étudiants. Les présences in situ importantes ou la nécessité de dépasser la restitution simple du cours au profit d'une application de ces savoirs à des résolutions de problèmes imposent aux étudiants d'entrer dans la peau du kinésithérapeute. Ils ne sont pas là pour apprendre des savoirs académiques de façon distante mais au contraire montrer qu'ils adoptent une démarche de kinésithérapeute réflexif, capable de faire montre de son savoir en situation. A l'inverse, en Espagne, les étudiants sont plus libres de leurs modalités d'apprentissage, dans la mesure où ils sont capables de mobiliser les connaissances exigées le moment venu. Cette liberté pédagogique entraîne une distance plus grande au futur métier : les connaissances sont restituées mais la logique professionnelle d'inférence entre savoirs complexes et cas singuliers n'est pas évaluée.

c) La socialisation estudiantine : une cohésion professionnelle mise à mal en Espagne

La socialisation secondaire qui s'effectue au cours de la formation à la kinésithérapie doit ainsi beaucoup aux curriculums prescrits, mais pas seulement. Une part de curriculums « cachés »¹⁵⁸⁷ existe, qui n'est accessible qu'indirectement ici en raison de temps trop succincts¹⁵⁸⁸ d'observations ethnographiques dans les différentes structures. De nombreux aspects de socialisation secondaire seront donc saisis par les témoignages étudiants (et les quelques notes d'observation). En France, et sur de nombreux aspects en Belgique, il y a un progressif alignement sur le modèle médical et une socialisation qui permet

d'estimer la transférabilité de savoirs académiques appris isolément en situation de travail. Marie DURU-BELLAT, « Les compétences non académiques en question », *Formation emploi*, 130, 2015, p. 13-29.

¹⁵⁸⁶ Une logique sélective existe derrière ces exigences différentes dans l'utilisation du savoir lors des examens. Si, en France, la sélection à l'issue de la première année universitaire a déjà éliminé les impétrants les moins à même de répondre à ces demandes, ce n'est pas le cas de la Belgique ou de l'Espagne. Derrière leur apparente ouverture d'accès (en première année) se cachent alors deux logiques très différentes. A l'image du constat déjà ancien de Georges Felouzis, il existe des logiques de sélection différentes pour une même filière en fonction des établissements et d'une hiérarchie informelle. Ici les universités belges sélectionnent nettement plus leurs étudiants que les universités privées espagnoles. Georges FELOUZIS, « Repenser les inégalités à l'université. Des inégalités sociales aux inégalités locales dans trois disciplines universitaires », *Sociétés contemporaines*, 38-1, 2000, p. 67-97.

¹⁵⁸⁷ C'est-à-dire les choses qui s'apprennent à l'école sans être inscrites au programme. J. C. FORQUIN, *Sociologie du curriculum*, *op. cit.*

¹⁵⁸⁸ Seuls trois jours ont été passés à l'UB, une semaine à Interior (Portugal) et une dizaine de jours dans les universités espagnoles. La France a été investiguée un peu plus en détails car, aux 10 jours d'enquêtes similaires aux terrains étrangers, il faut ajouter plus d'une quinzaine d'interventions comme enseignant dans deux IFMK (un public hospitalier et un privé associatif), pour des cours très théoriques (philosophie, sociologie de la santé) ou très pratiques (Travaux Pratiques de kinésithérapie du sport).

d'incorporer l'attitude légitime et la place de ces acteurs dans le champ médical¹⁵⁸⁹ : le sport, s'il reste un domaine prisé, est relégué au rang de thématique secondaire devant la prépondérance d'un cœur de métier médico-centré. Le libéral, s'il constitue le mode de travail principal en kinésithérapie, ne reste cependant qu'une source d'apprentissage secondaire au profit des lieux de savoirs légitimes que constituent les CHU. Le lien avec l'ostéopathie, qui peut être tentant pour le profane, est déconstruit devant le manque de preuves légitimes nécessaires à une pratique dans le champ médical¹⁵⁹⁰. Ces transformations semblent presque absentes chez les étudiants français en Espagne. Si l'organisation universitaire des cursus, contrastant avec les écoles de santé françaises, fournit une première explication, le cas plus intermédiaire de l'Université Belge (UB) montre que ce n'est pas la seule cause. La socialisation particulière qui s'effectue dans les cursus espagnols privés est ici à prendre en considération. Sous l'effet de la différence de langue se créent deux groupes classes tout à fait séparés, les étudiants espagnols et les étudiants français, qui échangent peu. Alors que les premiers pionniers français à participer à ces cursus étaient minoritaires au milieu d'une masse d'élèves et d'enseignants parlant espagnol (ou catalan pour les structures catalanes), la massification du recours à cette voie alternative entraîne des taux d'étudiants français dans les promotions allant de près de 90% pour les universités les plus proches de la frontière française à près de 50% dans des universités privées plus lointaines¹⁵⁹¹. Il y a de ce fait création de deux groupes hétérogènes, les étudiants locaux, parfois minoritaires mais ayant une légitimité linguistique, et les étudiants français. Même en cas de position majoritaire, ces étudiants français restent étrangers dans des cursus où les enseignants sont espagnols, les cours dans la langue locale et l'organisation du cursus en lien avec la position de la kinésithérapie dans le pays. C'est ainsi que la socialisation des étudiants français en Espagne se fait selon une logique de résistance. Vis-à-vis du système d'enseignement français, ils ne se soumettent pas au jugement scolaire pour contourner l'obstacle par un cursus accessible sous conditions essentiellement financières. Du côté espagnol, ils ne se soumettent pas aux règles édictées par les enseignants les recevant. Ils mobilisent peu la langue locale et ne se mettent pas dans la position d'un futur kinésithérapeute espagnol : ils ne souhaitent pas exercer en Espagne. Ils oscillent donc entre concessions limitées aux injonctions locales pour valider le diplôme qu'ils sont venus chercher (passage de l'examen de langue minimal, validation des Unités d'Enseignement) et conservation de leur image profane de la kinésithérapie française. Ces tensions sont ici saisies à travers deux thématiques accessibles via nos outils d'enquêtes : l'apprentissage de la langue et la description des fêtes.

Maitrise instrumentale de l'espagnol

¹⁵⁸⁹ En cela, le constat suit en tout point le travail de Christophe Gaubert. C. GAUBERT, *Le Sens des limites, op. cit.*

¹⁵⁹⁰ Richard MONVOISIN, Albin GUILLAUD, Nelly DARBOIS et Nicolas PINSULT, « Les kinés-ostéos, centaures de la santé », *Kinésithérapie, la Revue*, 18-198, 2018, p. 55-56.

¹⁵⁹¹ Fourchette selon les témoignages indigènes, à prendre avec précaution. Pour les universités enquêtées Privada M et V, les taux de français dans le cursus étaient tous les deux proches de 70%.

Les étudiants français étudient en Espagne en groupe. Si certains enquêtés ont d’abord pris un logement seul à leur arrivée en Espagne, quasiment tous ont fini par prendre un logement à plusieurs au fil des années : en couple parfois, en collocation souvent. La très grande majorité de ces habitats à plusieurs se font uniquement entre français¹⁵⁹². Ces pratiques affaiblissent en premier lieu les possibilités d’apprentissage de la langue. Les étudiants français enquêtés à Privada M et V déclarent ainsi seulement à 15,2% être bilingues et à 46,3% avoir un « bon » niveau d’espagnol. 31,2% déclarent un niveau « correct » et 6,5% avoir un mauvais niveau ou ne pas parler espagnol. Si une variation logique existe entre les premières et quatrièmes années, ces auto-évaluations révèlent tout de même des fragilités dans la maîtrise linguistique y compris en dernière année : après plus de trois ans d’études supérieures¹⁵⁹³ dans le pays, un tiers seulement se déclarent bilingues en espagnol. Ces déclarations sont, de plus, des auto appréciations du niveau de langue : ainsi durant la passation du questionnaire à Privada M et V, j’ai donné les consignes uniquement en espagnol, en demandant à ce que les précisions orales et les réponses au questionnaire soient formulées en espagnol. Une grande partie des premières années n’a pas semblé comprendre les consignes et ils n’ont pas su m’interpeller autrement qu’en français. Les réponses aux questionnaires ont alors été régulièrement en français, parfois totalement ou seulement sur certains mots. Les passages dans les rangs durant le remplissage ont aussi été instructifs : une grande partie des étudiants utilisaient des applications de traduction sur leurs smartphones pour comprendre les questions. Si parmi les 4^{ème} année la compréhension de mes consignes orales n’a pas semblé problématique (même si les interpellations ont eu lieu en français¹⁵⁹⁴), j’ai eu la surprise, là encore, de retrouver quelques utilisations de smartphones pour traduire les questions.

	Niveau d’espagnol des étudiants de 1 ^{ère} année	Niveau d’espagnol des étudiants de dernière année	Niveau de catalan des étudiants de 1 ^{ère} année	Niveau de catalan des étudiants de dernière année
Bilingues (ou langue maternelle)	3,1%	33,1%	3,5%	3,2%
Bon niveau	42,1%	52,6%	2,6%	13,3%

¹⁵⁹² Deux exceptions parmi les enquêtés, Jane et Julie, deux enquêtées approchées selon la méthodologie de recherche par contraste. Jane a été interrogée de par sa double nationalité franco-anglaise et elle a volontairement évité la collocation avec des français pour favoriser l’apprentissage de cette nouvelle langue. Julie a été enquêtée car décrite par ses pairs comme la seule française de la promotion à avoir travaillé en Espagne à l’issue du diplôme. Elle a en effet vécu quelques temps en couple avec un espagnol rencontré durant son séjour (mais pas dans le cadre des études), ce qui explique une vie partiellement hors des « circuits français » et un travail temporaire en Espagne avant leur séparation. Ces deux cas sont suffisamment marginaux pour m’avoir été désignés comme tels par les autres étudiants français.

¹⁵⁹³ L’enquête est menée en début de 4^{ème} année, avec 3 ans de cursus accompli.

¹⁵⁹⁴ Dans ce cas, cela peut être dû à une facilité devant un interlocuteur visiblement français. Néanmoins la consigne avait été donnée de n’utiliser que l’espagnol afin d’être compréhensible de l’ensemble de la classe.

Niveau correct	43,4%	13%	9,6%	35,7%
Mauvais niveau	8,8%	0%	47,8%	32,5%
Ne parle pas du tout	2,2%	0%	30,3%	9,7%

Tableau 49 : réponses des enquêtés français dans deux universités privées catalanes quant à la maîtrise linguistique.

Le niveau de catalan est encore plus révélateur de leur intégration sur place : en dernière année 16,5% seulement se déclarent à bon niveau ou bilingues en catalan. Il faut rappeler que cette enquête de terrain se déroule en 2018 et en 2019, période marquée par des troubles liés à un référendum local pour l'indépendance contesté par le pouvoir central espagnol. Les villes d'implantation de Privada M et V sont alors des places fortes des indépendantistes : des villes moyennes dans les terres, moins soumises aux flux migratoires extra-catalans que la capitale barcelonaise. Les affiches dans les rues, sur les routes, toutes les indications publiques sont en catalan, à l'image de la langue orale utilisée par toutes les personnes rencontrées durant l'enquête. Répondre en espagnol à un étranger identifié est possible¹⁵⁹⁵, mais le langage commun du lieu est le catalan.

La différence de maîtrise de l'espagnol et du catalan est symptomatique de la visée instrumentale de cet apprentissage de la langue. Il ne s'agit pas de s'intégrer à la population mais d'obtenir un diplôme. Malgré cela, si, en première année, les enseignants déclarent s'adapter au public français en donnant les cours en espagnol et en parlant lentement, ils estiment que ce n'est plus forcément nécessaire dans la suite du cursus. Les cours sont alors parfois en catalan, langue peu maîtrisée par les français.

« Cette année [4^{ème} année] je suis en premier semestre avec mes options et là mes deux profs parlent catalan. Donc c'est un peu le côté bête parce qu'ils nous disent la première et la deuxième année on parlera que castillan et d'un coup, en fait, ils viennent, ils nous disent 3^{ème} 4^{ème} année vous êtes censés nous comprendre donc... Mais en même temps si tu l'as pas parlé dès la première année on est pas censé comprendre parce qu'on va pas... Enfin tu l'entends vite fait dans la rue mais tu l'entends pas de manière [à apprendre] »

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne (dernière année). Bac S sans mention. Père et mère commerçants, 21/11/2019.

Les étudiants français n'investissent que peu le catalan car ils n'en perçoivent pas l'utilité : les cours sont systématiquement donnés sous forme de supports écrits («apuntes») que les français peuvent passer au traducteur automatique. La transmission de ces «apuntes» est d'ailleurs l'un des instruments permettant aux français d'éviter la fréquentation de l'université. Au sein des groupes informels qui se forment entre français, seuls quelques-uns se rendent aux cours et annotent, le plus souvent en français, ces supports écrits.

« Moi, en 1^{ère} année, 2^{ème} année, je faisais copier collé un peu de tout, je remettais tout en forme, ça prenait beaucoup de temps et après j'imprimais ça [...] au fur et à mesure des années on se passe tous un peu les trucs, les «apuntes» quoi et c'est grâce à ça qu'on peut gagner du temps et apprendre sur... Moi j'aime bien apprendre sur papier [...] les profs après ils savent qu'on a

¹⁵⁹⁵ Occasionnellement agrémenté d'un « *parlant catala !* » plus ou moins revendicatif.

des « apuntes » et ils disent, même ils nous conseillent, d'avoir les « apuntes » des autres années. Après quand on a les travaux des autres années, je l'assume, des fois je m'en suis servie parce qu'une élève très sérieuse m'a passé quelques travaux écrits, alors je reprends pas le même sujet etc mais le plan. »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne, bac S au rattrapage, père cadre supérieur, mère infirmière libérale, 11/01/0222.

Les supports écrits des cours, mais aussi des travaux écrits réalisés par les années précédentes dans les sessions de TD ou TP, sont transmis entre français. Ils permettent de séparer l'apprentissage des notions requises, avec des possibilités de traduction, d'une présence in situ en contact plus prolongé avec la langue orale espagnole.

Les examens sont sans doute un aiguillon plus puissant pour maîtriser la langue : il s'agit de comprendre les questions même si les examens écrits sont essentiellement sous forme de QCM.

« Le parler [l'espagnol], c'était pas hyper facile, parce qu'entre nous comme on était entre français, on le parlait pas vraiment. Même encore maintenant je le parle pas hyper bien. [...] L'espagnol, ça ressemble un peu mais c'est un peu comme le français quoi, au niveau de l'écoute ça ressemble. Après le parler c'est plus dur forcément... Heureusement qu'on fait pas des rédactions quoi »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne (troisième année), bac S au rattrapage, père cadre supérieur, mère infirmière libérale, 11/01/0222.

Si Léa admet une difficulté à l'expression en Espagnol, cela ne la pénalise pas forcément dans des études où l'expression écrite ou orale est peu exigée. Dans les rares cas d'exposés ou de rédactions, différentes stratégies sont mobilisées pour contourner l'obstacle linguistique :

« On est en colloc' [entre françaises] et tout donc... Mais oui ça a été compliqué [la langue] quand même la première année [...] En vrai ils [les enseignants] parlaient espagnol à ce moment-là, mais [moi] pas grand-chose. C'était... Heureusement que le cours était à l'écrit du coup on avait beaucoup... En première année, tous, on utilisait « google trad » pour comprendre les choses... Et à l'oral c'était... C'était pas évident [...] ... Les oraux là ça aurait été pire je pense la première année, [...] on en a eu un en fin de première année, début de deuxième, si je me trompe pas, oui pour valider notre niveau B1 en langue étrangère [nécessaire pour le premier stage d'initiation d'une semaine forcément dans les environs] [...] J'ai pas validé mon oral. Je l'ai pas réussi, c'est en juin qu'on le passait, je l'avais pas réussi [...] L'oral on pouvait le passer en juin, on avait une deuxième chance en septembre et une autre chance en décembre parce que le stage se faisait en mars avril. Donc je l'ai retenté en septembre et en fait je me suis ... Je l'ai raté aussi en septembre... Ah non en septembre je l'ai pas passé pardon... Septembre je l'ai pas passé au début je me suis dit cet été je vais m'y mettre, je vais le bosser mais avec le boulot de l'été et tout, les sorties... J'admets que j'ai un peu abusé mais voilà je l'ai pas bossé mon espagnol. Du coup je me suis dit de septembre jusqu'à décembre je vais un peu le travailler et j'ai rencontré, en fait, une fille qui est une ancienne prof d'espagnol qui s'est reconvertie pour devenir kiné et qui faisait donc, qui était dans la même année que moi mais dans une autre classe et qui du coup m'a proposé ses services »

Entretien avec Aline, étudiante française à Vic, Bac S mention assez bien, père chef d'entreprise, mère aide-soignante, 08/11/2018.

La langue n'est pas conçue comme d'une maîtrise indispensable pour le reste mais comme un apprentissage distinct, une validation comme une autre à obtenir. Pour ce faire, après un premier échec

à l'examen du B1 de langue¹⁵⁹⁶, elle entreprend une démarche de « bachotage » avec une camarade de classe, ex-enseignante de langue, afin d'assurer la validation exigée pour la poursuite du cursus. Cette maîtrise limitée de la langue locale a sans doute des répercussions sur les apprentissages réels mais cette problématique est invisibilisée du point de vue académique espagnol : Aline a validé tous ces UE en première année, malgré son niveau de langue élémentaire. Les universités privées espagnoles sont dépendantes économiquement de cette clientèle et peuvent donc trouver des compromis :

« Pour le mémoire [de fin d'études], il y aurait sûrement une obligation de faire appel à quelqu'un qui est un traducteur professionnel. Donc le payer, l'école bien sûr ne nous donnera pas l'agent, mais apparemment ils nous obligent, pour les français, à faire une traduction, peut-être parce qu'ils ont eu des problèmes avec des élèves qu'ils comprenaient pas trop ce qu'ils avaient écrit, je sais pas, mais un peu comme si je rédige tout en français et de le donner à quelqu'un, donc un professionnel qui va me le traduire quoi. »

Entretien avec Léa.

Dans l'université privée où Léa étudie, les enseignants ont pris acte de la mauvaise maîtrise de la langue des élèves en fin de cursus et s'adaptent au problème en exigeant une traduction professionnelle du mémoire écrit de fin d'étude. Le symbole est conservé, le grade universitaire est bien associé à un mémoire, et l'obstacle linguistique, toujours présent après 4 ans d'études, est ainsi contourné. D'autres universités privées, souvent les plus éloignées de la frontière, proposent d'ailleurs des formations directement en français pour transformer cet obstacle linguistique en argument contrebalançant l'éloignement géographique¹⁵⁹⁷.

Cette difficulté à la maîtrise de la langue joue aussi sur les socialisations étudiantes. J'ai constaté, au cours de l'enquête, une polarisation importante des élèves qui se distribuent différemment dans l'espace classe en fonction de leur groupe national :

¹⁵⁹⁶ Ce niveau est fixé en référence au Cadre Européen Commun de Référence pour les langues. Il comprend 6 niveaux principaux du moins avancé au plus avancé : A1, A2, B1, B2, C1 et C2. Le niveau B1 correspond à un utilisateur comprenant « *les points essentiels d'un langage clair et standard pour des choses familières* ».

¹⁵⁹⁷ Des cursus à Madrid ou Elche ont ainsi des cursus francophones.

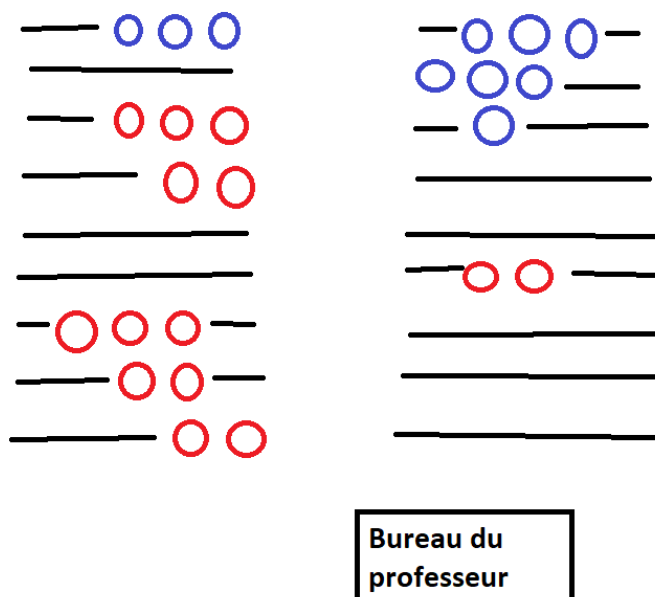


Figure 34 : positionnement des élèves d'un groupe classe (groupe 15) de quatrième année de kinésithérapie à Privada V lors d'un TD obligatoire.

En rouge les étudiants français, en bleu les étudiants espagnols. Dessin réalisé lors des observations ethnographiques de février 2019.

Il est à noter dans le schéma représentant la position des élèves qu'il y a toujours un espace entre les groupes d'étudiants français et espagnols : soit le couloir central, soit une rangée de sièges (traits noirs). Les discussions inter groupes sont de ce fait quasi nulles. Ce constat est d'ailleurs basé sur les discussions entre élèves pendant les temps morts : les étudiants identifiés comme français parlent entre eux en français, les étudiants catalans en catalan. Quelques coups de sonde ont été fait (interrogations sur les origines) pour vérifier l'absence de français s'exprimant dans un catalan sans accent et il semble qu'il n'y en avait pas à cette occasion. Le partage physique dans la classe se double d'un partage culturel avec une opposition auto-désignée entre « eux » et « nous » :

*« La relation avec les camarades d'ici, catalans ou espagnols, est, disons, normale. Tu vas pas connaître tout le monde mais chaque jour tu vas pouvoir connaître plus de gens [...] et après il y a les français, avec quelques français qui ne font pas d'efforts pour entrer en relation avec **nous**. Et qui ne le font pas parce qu'ils ne le veulent pas ou qu'ils ne le peuvent pas parce qu'ils ne parlent pas la langue »*

Entretien avec Marco étudiant kinésithérapeute Catalan à Privada M. Bac et diplôme professionnel dans le sport (proche de l'entraîneur de musculation). Père et mère commerçants. 08/11/2019 (nous soulignons).

*« Alors dans ma classe, moi, il n'y a que des français donc... un peu dur d'expliquer... Mais c'est vrai qu'au début on en avait quelques-uns [d'espagnols] et ... On nous avait prévenu quand même qu'ils restaient beaucoup entre **eux**, surtout les catalans... Et c'est vrai qu'au début ils ont été assez en groupe [...] ils ont changé de classe du coup, comme il n'y avait que des français ils ont dit « on va avec des espagnols » [et ont obtenu de changer de groupe classe pour un groupe à plus grande proportion d'espagnols] [...] Et ouais ils sont très fermés, très... Très têtus on va dire, genre il faut parler catalan, ils aiment pas les français donc de fois c'est compliqué. Ils aiment surtout l'argent donc il faut toujours payer [chaque mise en stage ou*

redoublement est sujet à (re-)paiement des crédits universitaires ainsi validés, ce qui entraîne des récriminations chez les français]. »

Entretien avec Enzo (nous soulignons).

La langue est un premier marqueur de deux groupes distincts : les espagnols, majoritairement catalans, et les français qui ne maîtrisent pas la langue. Enzo signale, par son témoignage, la tension entre les deux groupes étudiants, avec le départ des étudiants espagnols, minoritaires, de ce groupe classe¹⁵⁹⁸ vers un autre groupe afin de former un noyau plus solide. Mais il témoigne aussi d'une certaine tension avec les enseignants du cursus : ceux-ci tentent d'imposer le catalan (ou à tout le moins l'espagnol dans mes constats sur place) comme langue scolaire, mais les fortes proportions de français (jusqu'à l'hégémonie dans le groupe classe d'Enzo après le départ des quelques espagnols) entraînent des oppositions. Les étudiants parlent français entre eux et font ainsi exister une forme de retraduction du cours autonome de l'enseignant. Les enseignants peuvent alors protester quant au faible investissement en langue des français¹⁵⁹⁹ :

« C'est difficile maintenant d'avoir des classes... Ils ont plus de mal à s'intégrer en général, ils mettent beaucoup plus de temps à apprendre la langue... Parce qu'ils ont l'habitude de rester entre français. C'est plus facile en fait quand on arrive dans un pays étranger avec des cours dans une langue étrangère forcément... Si on a quelqu'un qui comprend, qui parle la même langue que nous ben c'est plus facile au début. De se mettre en groupe quoi. Et... Du coup je pense que pour la langue c'est vraiment un problème [...] il y a des élèves en deuxième année qui ont du mal à aligner deux phrases quoi. »

Entretien avec David, enseignant de kinésithérapie à Privada M, 27/02/2019.

A l'inverse, les étudiants français trouvent que les enseignants ne tiennent pas assez compte de leurs particularités, malgré le lien de service qu'ils pensent instaurer via le paiement de leur scolarité¹⁶⁰⁰. Si des tensions entre espérances des étudiants et attentes des enseignants n'ont rien de spécifique à ce contexte d'étude, il est notable ici que le « *eux* » contre « *nous* » ne soit pas formulé en termes d'étudiants contre enseignants mais en termes de français contre catalans : « *ils aiment pas les français* ». Il est remarquable qu'au retour en France, les étudiants français ne parlent jamais de leur diplôme de kinésithérapie comme d'un diplôme « espagnol » mais comme d'un diplôme « européen ».

¹⁵⁹⁸ Il y a, à Privada V et M, entre 160 et 200 étudiants par année de kinésithérapie. Ces promotions sont découpées en groupes classes d'une trentaine d'individus.

¹⁵⁹⁹ Dans une étude sur l'apprentissage du professionnalisme auprès d'étudiants kinésithérapeutes australiens, Sandra Grace et Franziska Trede pointent l'importance de la transmission d'un vocabulaire et son emploi à propos. Des extraits d'entretiens auprès de leurs enquêtés appuient l'importance de cette transmission : « *I remember a guy a couple of years above us who failed a prac exam because he referred to someone's bottom as their butt... which is probably a bit rough, but that is one example. (Final-year physiotherapy student)* ». La mauvaise maîtrise de la langue d'apprentissage et la migration ultérieure pour exercer dans une autre langue sont autant de phénomènes affaiblissant les possibilités d'incorporation du vocabulaire légitime. Sandra GRACE et Franziska TREDE, « *Developing professionalism in physiotherapy and dietetics students in professional entry courses* », *Studies in Higher Education*, 38-6, 2013, p. 793-806.

¹⁶⁰⁰ Cette instrumentalisation de l'école pour parvenir à une reproduction sociale n'est pas spécifique à ces étudiants migrants, même si la mobilisation de l'argument économique rend le phénomène plus immédiatement visible. Lorenzo BARRAULT-STELLA et Cédric HUGREE, « *Maîtriser l'école, instrumentaliser l'État ? : Les rapports à l'école et aux institutions publiques dans les classes supérieures* », *Politix*, n° 130-2, 2020, p. 103.

Des tentatives de hiérarchisations plus favorables sont à l'œuvre derrière cette présentation : si le diplôme espagnol peut être considéré comme inférieur à un diplôme français (ces étudiants émigrés ne sont pas aveugles à la logique méritocratique), le label « européen » participe au rétablissement d'une image plus favorable, tout en mettant à distance leur encadrement espagnol. Si tous les témoignages ne montrent pas une polarisation conflictuelle, une séparation reste systématiquement notée par les enquêtés :

« C'est un peu le côté dommage que je trouve, au final, un petit peu, dans mes études là. C'est qu'avant il n'y avait pas autant de français. Enfin, je vois les promos au-dessus de moi il y avait pas autant de français et les français étaient bien obligés de se mélanger entre guillemets aux espagnols. Et là nous on est moitié moitié et là les premières années qui arrivent il y a quasiment... Enfin il y a plus de français que d'espagnols dans les promos et le truc c'est que... Les espagnols restent un petit peu entre eux... Et nous un petit peu entre nous, inconsciemment parce que c'est pas qu'on s'entend pas ou que... C'est pas qu'on s'entend pas c'est vraiment comme ça et je pense qu'il y a aussi le côté.. Après ça c'est notre vision des choses mais on le ressent quand même tous les français, c'est que... Nous on est vraiment là les français pour... Avoir notre diplôme, on est là pour réussir, avoir notre diplôme et partir quoi [...] Parce que eux aussi restent entre eux hein... C'est pas... mais après c'est pas non plus on leur parle pas, moi je parle à des espagnols. Pour des travaux de groupes on est obligé de... enfin on travaille avec eux. »

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne (dernière année). Bac S sans mention. Père et mère commerçants, 21/11/2019.

Anne regrette ici cette segmentation mais ne lui accorde une importance que modeste : sa venue a un objectif défini, elle est là pour obtenir un diplôme qui lui est barré en France, non pour socialiser avec les locaux. Elle tolère alors la mixité imposée momentanément par les enseignants mais n'y voit qu'un faible intérêt. Le sentiment exacerbé d'identité catalane chez les locaux contribue à entretenir ce clivage.



Figure 35 : photo prise dans une cour de l'Université Privada V au cours de l'hiver 2019 : des étudiants catalans s'entraînent à la réalisation d'un « Castells », exercice sportif et culturel traditionnel en Catalogne.

Les étudiants français ne participent pas aux activités des catalans, et nombre d'entre eux me parlent d'ailleurs « d'espagnols » au sens large : l'identité catalane est d'abord un frein à leur projet, par la pratique d'une langue supplémentaire rendant la validation du cursus plus difficile.

Certains, pourtant, comme Julie, voient cette mixité comme plus profitable, tout en notant la segmentation persistante :

« En première année voilà on a tendance à rester beaucoup entre français. Et après on se rend compte qu'il faut qu'on aille vers eux simplement parce que ça nous aide à progresser... Pour le niveau de langue quoi, parce qu'après, en 4ème année, il faut faire un mémoire de 30 pages et en espagnol et le présenter devant un jury pendant une demi-heure, donc on a intérêt à avoir un niveau, donc naturellement après on va vers eux et... ouais ouais... On se mélange un petit peu. On a senti la différence jusqu'à la fin, il y avait quand même deux groupes »

Entretien avec Julie, étudiante française en Espagne, Bac S mention bien, père médecin, mère enseignante. 31/01/2019.

Julie a été choisie pour l'enquête justement car décrite par ses pairs (français) comme « très mélangée aux espagnols » : elle aura une relation de couple avec un catalan qui la conduira à rester quelques mois

en Espagne à l'issue de son diplôme, avant une séparation et son retour en France. Elle confirme pourtant l'importance de la segmentation persistante. Plus encore, même chez elle, une logique instrumentale est visible : la fréquentation des espagnols optimise ses chances de surmonter l'ultime obstacle à l'obtention du diplôme : la rédaction du mémoire.

Les étudiants français en Espagne se socialisent peu avec les futurs kinésithérapeutes espagnols ou avec les enseignants. Si Howard Becker¹⁶⁰¹ a historiquement pointé les faiblesses d'un modèle étudiant cherchant l'imitation de l'enseignant¹⁶⁰², il n'en demeure pas moins que le jeu d'arbitrages entre intérêts propres et alignement sur les attendus perçus permet aux étudiants en médecine de son terrain américain d'apprendre ainsi leur positionnement en tant que médecins¹⁶⁰³. Dans une logique aussi segmentée et instrumentale que celle des étudiants français en Espagne, la langue espagnole n'a besoin d'être maîtrisée qu'à minima, pour obtenir les notes permettant de s'adjuger le titre scolaire. Ces conditions ne permettent pas d'interactions soutenues durant le cursus universitaire entre ces étudiants français et leurs camarades et encadrants espagnols. La validation scolaire ne s'accompagne pas de stratégies de placement ou d'analyses de l'écologie professionnelle pour comprendre et obtenir la position ultérieure souhaitée. En résumé, ces étudiants ne mettent pas réellement la blouse¹⁶⁰⁴ de kinésithérapeute (espagnol), tout simplement parce qu'elle ne les intéresse pas : ils veulent obtenir le diplôme nécessaire à l'ouverture du marché du travail de kinésithérapeute français¹⁶⁰⁵.

L'imitation des fêtes françaises en Espagne, s'imaginer comme étudiant kinésithérapeute « normal »

Les français émigrés ne se pensent pas comme futurs kinésithérapeutes espagnols mais comme kinésithérapeutes français, imitant sur leurs sites délocalisés les pratiques qu'ils ont perçus chez leurs homologues français.

Ceci est visible à travers des moments de socialisation étudiants extra scolaires :

« Il y a aussi la journée d'intégration où il y a un bizutage et les secondes années bizutent les premières années et là ça consistait à être attaché avec un binôme par une corde au niveau des pieds et en fait on devait franchir, monter une colline et pendant ce temps ils nous balançaient des œufs de la farine et tout. »

¹⁶⁰¹ H. S. BECKER, *Boys in white*, op. cit.

¹⁶⁰² T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit.

¹⁶⁰³ Sandra Grace et Franziska Trede montrent, pour des étudiants kinésithérapeutes australiens, l'importance de l'exemple enseignant dans le positionnement comme professionnel, au moins dans le discours des enquêtés. S. GRACE et F. TREDE, « Developing professionalism in physiotherapy and dietetics students in professional entry courses », art. cit.

¹⁶⁰⁴ En clin d'œil au chapitre 12 de Christophe Gaubert "Ca y est, j'ai mis la blouse! Endosser le statut et gérer l'ambiguïté". Gaubert (C.), *Le Sens des limites*, op. cit., p. 667-671.

¹⁶⁰⁵ Marie Duru-Bellat évoque l'obsession de l'utile dans l'évolution des formations académiques, notamment dans un contexte de globalisation et de mise en concurrence permanente : « *Tenter de motiver les élèves par l'utile les rend... utilitaristes et risque de tuer le sens de tous les apprentissages à l'utilité incertaine* ». Il pourrait ainsi y avoir une forme d'alimentation réciproque entre des étudiants allant se former en Espagne avec un projet utilitariste et des officines privées tendant à renforcer ce penchant. M. DURU-BELLAT, « Les compétences non académiques en question », art. cit.

Entretien avec Aline, étudiante française à Privada V, Bac S mention assez bien, père chef d'entreprise, mère aide-soignante, 08/11/2018.

« Alors vu qu'il n'y a pas de bureau d'élèves en Espagne, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs, donc l'intégration ça a été fait par des étudiants volontaires... Mais c'était pas vraiment une intégration comme il y a en France où ils font une semaine avec des soirées, des événements. C'était vraiment un événement la journée et une soirée après le soir. Et c'est tout quoi. »
Entretien avec Enzo.

Si des rites existent, ils le sont d'abord par imitation des rites français : ce sont des étudiants français qui les organisent suivant les modèles qu'ils perçoivent des écoles françaises et les espagnols participent peu.

« C'était des français qui étaient à la tête du truc [l'organisation des fêtes] et c'était les français surtout qui profitaient de ça. Parce qu'en Espagne ils... C'est une spécialité française un peu... ça, les associations étudiantes, ils ont pas trop ça et du coup ils comprenaient pas trop du coup. L'intégration par exemple en première année... Bizutage tout ça ils connaissent pas du tout, ils trouvaient ça très bizarre, il y en a très peu d'espagnols qui participent »
Entretien avec Julie, étudiante française en Espagne, Bac S mention bien, père médecin, mère enseignante. 31/01/2019.

Les étudiants catalans rencontrés ont décrit ces intégrations comme « raro », « bizarre », reprenant ainsi l'expression de Julie. Cela s'explique en partie par le fait que leur position dans ces cursus n'est pas aussi directement liée à une activité professionnelle projetée que pour les français (23% de nos enquêtés espagnols n'ont pas de projets professionnels en kinésithérapie). Une part d'entre eux adoptent ainsi une position proche de celle que l'on retrouve en France dans les IUT : les possibilités professionnelles à court terme offertes par le diplôme sont utiles, mais il s'agit avant tout d'un premier coup de sonde dans le système d'enseignement supérieur¹⁶⁰⁶. La formation d'un esprit de corps¹⁶⁰⁷ est à cet égard une préoccupation mineure pour les étudiants espagnols.

Même du côté des étudiants français en Espagne, si la tentation d'imiter leurs homologues étudiant dans l'hexagone est grande, la faible projection comme réseau professionnel légitime affaiblit les vellétés :

« Nous on n'en a pas [de BDE -Bureau Des Etudiants-]... Enfin on aurait pu en créer un mais il aurait fallu un groupe volontaire d'élèves pour créer un BDE... Enfin pas perte de temps mais enfin ça prend du temps. Et l'année où on aurait pu le faire c'était l'année dernière mais c'était pas forcément à nous de le faire vu qu'on est en 3ème année... Mais bon les deuxièmes [années ne l'ont pas fait]. [...] [Il y avait] un ami [français] qui était très motivé et qui s'investissait vachement dans la vie étudiante, qui organisait des soirées, qui organisait des trucs, qui essayait de donner un peu de vie à l'école quoi... vie étudiante. Ils ont organisé des IKE entre guillemets

¹⁶⁰⁶ R. BODIN et M. MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », art. cit ; Romuald BODIN et Sophie ORANGE, « La barrière ne fera pas le niveau: La sélection à l'université: une fausse solution à un problème mal posé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 199-4, 2013, p. 102.

¹⁶⁰⁷ A noter que Dilip Subramanian et Jean Baptiste Suquet nuancent cette propriété cohésive de l'intégration, en notant les mécanismes de hiérarchisation qui s'opèrent à cette occasion. Si le week-end d'intégration met en avant une « élite étudiante », cela n'est toutefois pas incompatible avec l'affirmation comme groupe professionnel à venir. Dilip SUBRAMANIAN et Jean-Baptiste SUQUET, « Esprit de corps et jeux de distinction étudiants Deux faces d'un week-end d'intégration dans une école de commerce », *Sociologie*, 7-1, 2016, p. 5.

espagnols, des universités d'Espagne, mais pareil c'était... Il y avait 40 places par universités alors qu'en France c'est des trucs comme 200 places, c'est toutes les écoles en France, c'est vraiment très minimaliste en Espagne parce qu'ils veulent [les étudiants espagnols]... Ils veulent ou ils ont pas créé... Si c'est à nous de le créer quoi... »

Entretien avec Enzo.

A travers cette description des réseaux festifs étudiants français et espagnols Enzo pointe à nouveau l'imitation du modèle français, mais aussi d'une difficulté locale à l'adapter : ces étudiants sont là par défaut, dans une sorte de provisoire prolongé, et n'ont pas vocation à y créer une institution (festive) : c'est une « *perte de temps* ».

Le modèle français des « IKE »

Les premières traces de cultures festives inter-écoles datent de 1989, autour d'une compétition sportive suivie d'une soirée étudiante¹⁶⁰⁸, programmées sur un week-end. Durant la première décennie des années 2000, cet événement prend le nom d'IKE « Inter-Kinés-Ergos » et rassemble des étudiants venant des écoles de kinésithérapie et d'ergothérapie français¹⁶⁰⁹. Sur un week-end, organisé par un Bureau Des Etudiant d'une école, se regroupent des étudiants qui partagent des moments sportifs mais surtout festifs. C'est ce modèle qui existe lors de mes études de kinésithérapie, de 2005 à 2008. Progressivement l'organisation se professionnalise et, devant la masse de participants, les kinésithérapeutes, majoritaires, réservent ce week-end à leur seule filière, excluant les ergothérapeutes. Les « IKE » restent mais se transforment en Inter Kinés Etudiants, soutenus par une association loi 1901 (MAJIKE). Tous les ans, sur un week-end de fin de printemps, près de 2 500 étudiants (sur 11 000 étudiants en France) se retrouvent donc pour faire la fête. Ces occasions de socialisation marquent et entretiennent en même temps la cohésion du groupe : des couples se forment, des réseaux d'amis se créent, des projets étudiants ou professionnels s'échangent, une culture commune est mise en évidence. Des proximités avec les socialisations des étudiants en médecine étudiés par Emmanuelle Godeau existent, notamment dans les relations aux corps nus et aux sexualités, traitées sur le registre parfois obscène pour « *accéder à l'indifférence par rapports aux organes sexuels notamment* »¹⁶¹⁰.

¹⁶⁰⁸ Sur la relation ambiguë entre pratique sportive et consommation d'alcool chez les étudiants lire Thierry Michot et ses collègues. Thierry MICHOT, Julien FUCHS et Florian LEBRETON, « Études supérieures, sport et alcool: De quelques constats à propos des effets de la filière suivie », *Agora débats/jeunesses*, 72-1, 2016, p. 75.

¹⁶⁰⁹ Historiquement de nombreuses écoles de kinésithérapie et d'ergothérapie privées étaient liées et gérées par des associations communes.

¹⁶¹⁰ E. GODEAU, « Les fresques de salle de garde », art. cit.



Figure 36 : photo prise à l'occasion d'une manifestation « IKE » en France¹⁶¹¹, la mise en scène de la nudité sur le thème du burlesque est ici associée à la référence sportive, attribut distinctif des kinésithérapeutes par rapport aux médecins.

Tout comme l'expression de ces tensions dans une salle de garde hospitalière signe la prise de pouvoir médical au sein de cette institution, leur expression hors les murs et à distance des médecins marque aussi la tentative d'autonomisation des kinésithérapeutes¹⁶¹². Eux-aussi traitent le corps nu, eux aussi forment une corporation, eux aussi se marient entre eux, mais cela loin de l'hôpital et à travers une compétition « sportive » comme attribut de différenciation propre. La réservation de l'évènement aux étudiants en France¹⁶¹³, excluant les étudiants en Belgique ou en Espagne, marque alors une frontière symbolique forte, perçue comme telle par ceux-ci. Ils tentent alors de produire des succédanés sur leurs lieux de formation dominés.

Dans le même temps, ces processus d'imitation et d'importation des pratiques françaises marquent aussi le lien maintenu à leurs homologues de l'hexagone. C'est des échanges informels avec des camarades de secondaire ou de préparation de concours français qui permettent aux français à l'étranger de s'ajuster :

« Lors de la soirée [de fin d'année d'un IFMK privé de province], un étudiant vient me voir, m'ayant sans doute pris pour un enseignant. Je ne le détrompe pas¹⁶¹⁴ et il me raconte être présent sur invitation d'un ami qui a réussi le concours de l'école. Il me dit rentrer régulièrement en France pour ses stages et trouver particulièrement enviable la convivialité entre étudiants et kinésithérapeutes qu'il perçoit en France. »

¹⁶¹¹ Accessible sur le site www.majike.org, visible le 10/11/2021

¹⁶¹² Ce genre de fêtes institutionnelles fait partie de la panoplie de distinction des écoles sélectives scolairement qui s'embourgeoisent rapidement : Paul Pasquali décrit parfaitement ce phénomène d'importation des « galas » dans les écoles de second rang. Il s'agit de « faire école » par imitation des structures les plus prestigieuses. P. PASQUALI, *Héritocratie, op. cit.*

¹⁶¹³ Il s'agit du premier point du règlement intérieur de l'association : « Les IKE (Inter Kinés Entertainment) sont un rassemblement sportif réservé aux étudiants et aux diplômés en masso-kinésithérapie de France » sur <https://www.majike.org/reglement-interieur>, accessible le 10/11/2021.

¹⁶¹⁴ En dehors de l'accueil irrégulier de stagiaires, je ne réalisais alors pas d'enseignement au sein de cet IFMK. Ma présence à l'évènement a été permise par l'invitation d'une jeune collègue du cabinet, tout juste sortie de l'institut et y ayant encore de nombreux amis. Ayant connaissance de la présence traditionnelle de nombreux enseignants j'ai pu profiter de la situation pour me couler dans le décor et bénéficier d'un lieu d'observation des socialisations étudiantes.

Note d'observation lors d'une soirée d'une école de kinésithérapeutes français (ouverte aux étudiants et enseignants de la structure), 2 Juillet 2021.

Ces échanges sont propices à l'instauration d'une hiérarchie¹⁶¹⁵ : les étudiants ayant passé victorieusement la barrière scolaire en France invitent ou non les étudiants ayant choisi les structures espagnoles¹⁶¹⁶. Les pratiques françaises sont alors imitées par les étudiants à l'étranger au titre d'exemple légitime.

Les étudiants français en Espagne se retrouvent à distance du modèle souhaité, qui reste le modèle français. Ils tentent alors de se rapprocher de celui-ci dans les situations à leurs mains, comme par exemple les situations festives. Les « intégrations » ou les « IKE » espagnols sont alors autant d'occasions de rappeler qu'ils ne se forment pas à la kinésithérapie espagnole, mais bien au métier français. Ces liens conservés, via des interconnaissances dans le secondaire ou des tentatives en première année de médecine française, peuvent permettre aux étudiants de part et d'autre de la frontière de se rencontrer occasionnellement. Ces liens sont autant d'occasions au modèle français de réaffirmer sa légitimité et sa position dominante. Il est d'ailleurs à noter que ces moments de rencontre sont aussi l'occasion de hiérarchisations internes aux migrants en Espagne : les étudiants proches de la frontière, dans les écoles les plus demandées et pouvant se permettre une sélectivité, se retrouvent en position dominée vis-à-vis des étudiants de France, mais dominante vis-à-vis des étudiants expatriés les plus loin :

« J'avais demandé pour [une grande ville du Nord de l'Espagne] parce que c'était un peu plus proche [de la France] [...] Et ils m'ont dit que par rapport à mes notes au bac et tout, comme c'était une école beaucoup plus grande et beaucoup plus d'élèves, il valait mieux que j'aille à [4 heures de route plus au sud]. Ils m'ont un peu rebiffé [envoyé] à [cette ville du Sud] parce qu'apparemment c'était mieux pour moi. Bon déjà ils m'ont refusé, bon clairement voilà, ils m'ont refusé pour [la grande ville du Nord], j'étais vraiment dégoutée »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne, bac S au rattrapage, père cadre supérieur, mère infirmière libérale, 11/01/2022

C'est ainsi que les étudiants en Espagne se positionnent non seulement par rapport aux français mais les uns par rapport aux autres. Certains enquêtés témoignent ainsi du « mépris » des étudiants de l'université ibérique la plus frontalière vis-à-vis des autres étudiants en Espagne : leur université est accessible en

¹⁶¹⁵ Bien que non étudiées ici, ces organisations festives sont sans doute aussi l'occasion de réassurances quant aux hiérarchies au sein même des étudiants de France, comme Anne Lambert le note dans le cas des étudiants des grandes écoles de commerce. Anne LAMBERT, « Le comblement inachevé des écarts sociaux: Trajectoire scolaire et devenir professionnel des élèves boursiers d'HEC et de l'ESSEC », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183-3, 2010, p. 106.

¹⁶¹⁶ Les fêtes sont des petits écarts dans un contexte d'adéquation au système scolaire : les élèves issus des catégories les plus favorisées maîtrisent à la fois la participation à ces occasions de hiérarchisations internes au groupe mais aussi les limites de ces occasions. Quand l'enjeu scolaire devient important, ils savent mettre ces fêtes à distance pour franchir les obstacles scolaires. L'invitation, à leurs fêtes, d'étudiants ayant justement manqué ces rendez-vous scolaires est alors illustrative du rapport de domination entre ces deux groupes. Cyriac GOUSSET et Vincent HUGOO, « Des petits écarts : distance au rôle et reproduction du jugement scolaire dans des sociabilités lycéennes de classes moyennes et supérieures », *Sociologie*, 12-2, 2021, p. 25.

vivant en France (pour les frontaliers), très alignée sur le cursus français (le nombre d'heures de stage est aligné sur le curriculum français) et exige une mention « assez bien » au baccalauréat. L'expatriation n'est donc pas synonyme d'évitement des hiérarchies découlant des classements scolaires, elle pourrait même les exacerber.

Les étudiants français en Espagne ont une socialisation singulière : ils répondent à la demande scolaire espagnole tout en se projetant avant tout dans le modèle français, selon une perception distordue par l'éloignement. Ils participent peu à la vie intérieure de l'université espagnole, préférant organiser une vie sociale d'étudiants kinésithérapeutes français délocalisés. La barrière de la langue joue sans doute, les étudiants en Belgique semblent d'ailleurs relater une socialisation belge plus importante. Mais plus encore, c'est l'attractivité du modèle de l'étudiant kinésithérapeute français qui explique la segmentation espagnole : les étudiants hexagonaux sont dans la péninsule ibérique par défaut, pour obtenir un droit d'entrée dans le groupe professionnel français selon un détour vécu comme momentané.

Ces tensions dans la socialisation des étudiants en Espagne se retrouvent dans leur construction comme membres du groupe professionnel français. Ils sont soumis à des apprentissages très différents de la France, les projetant dans un cursus universitaire ouvert, plus généraliste et présentant des passerelles avec de nombreux autres espaces (sport ou soins infirmiers¹⁶¹⁷). Ils se retrouvent en nombre face à une formation à un métier et à une langue dans laquelle ils ne se projettent pas. Leurs apprentissages sont alors en grande partie déconnectés de leur vie sociale, parfois locale entre émigrés français, parfois fondée sur des retours fréquents en France. Sur le plan scolaire, ils répondent a minima à la demande de leurs enseignants : ils apprennent un espagnol utilitaire permettant de valider les examens, sans réellement investir les inférences possibles entre les savoirs mémorisés et la pratique soignante. Sur le plan relationnel, ils ont tendance à créer une bulle réduisant au minimum les interactions locales, pour privilégier un alignement sur les pratiques légitimes, celles ayant cours en France : ils reproduisent ainsi les organisations festives françaises quand ils ne peuvent participer directement à celles-ci. C'est cette résistance à l'acculturation au métier espagnol qui explique le maintien d'une image profane du métier français. Malgré leurs efforts, l'image qu'ils s'en forgent est ainsi différente de celles de leurs homologues hexagonaux.

Ces derniers sont dans un système d'enseignement bien plus directif, imposant une présence temporellement prolongée. Aussi bien en Belgique qu'en France, la langue commune, la forte orientation des enseignements sur des thématiques spécifiques à la kinésithérapie et les modalités de contrôle des apprentissages améliorent la conformation des impétrants au modèle promu par le corps enseignant. Ils intègrent ainsi leur position dans un champ médical, apprennent à mobiliser, y compris à leur compte, les savoir médicaux ou plus généraux. Cette projection comme « petits médecins », leur

¹⁶¹⁷ De nombreuses universités ont d'ailleurs des cursus avec double qualification : kinésithérapeute et infirmier ou kinésithérapeute et professeur de sport. Les charges de cours réduites semblent favoriser ces propositions.

permet de se penser comme professionnels de santé légitimes, mettant à distance les objets les moins légitimes, comme le sport ou l'ostéopathie (bien que des retours à ces objets puissent se faire pour s'émanciper de la domination médicale). Les étudiants en France (mais aussi dans une large mesure en Belgique) forgent ainsi une nouvelle image du métier, augmentant l'écart avec leurs homologues d'Espagne.

Pourtant, malgré ces segmentations, l'interconnaissance entre étudiants français, de part et d'autre des frontières fait son œuvre. Alors qu'une distance s'est créée dans la construction théorique du métier, alimentée par des interactions superficielles avec les étudiants hexagonaux (échanges informels, essentiellement festifs et rapides), des interactions plus prolongées et en lien avec le contenu de l'activité, lors des stages, permettent un rapprochement chargé de tensions¹⁶¹⁸.

Section 2 Les stages comme lieux de régulation : entériner les hiérarchies

Les premiers retours en France mettent en confrontation les tentatives d'alignement des français formés à l'étranger avec le modèle qu'ils visent. Après s'être construits en fonction d'une image profane du métier convoité, un premier contact avec le réel du travail hexagonal a lieu à l'occasion des stages, préférentiellement réalisés en France. L'institutionnalisation de cette voie d'étude et la socialisation entre étudiants français expatriés de différentes années d'étude permet d'obtenir les bons « tuyaux ». Ces étudiants s'échangent ainsi de manière informelle les lieux de stages accueillants, les domaines thérapeutiques à justifier ou les commissions d'équivalence bienveillantes. Ils tentent alors de rétablir leur image (justification du contournement scolaire) et d'éviter les ennuis (valider le cursus en Espagne et l'équivalence en France avec le minimum d'ennuis). L'écart entre kinésithérapeutes formés en France ou à l'étranger est en partie réduit par la volonté de se conformer aux attendus du retour en France (partiellement détectés lors de ces premières expériences de terrain). Cette réduction ne va pour autant pas sans une hiérarchisation associée : ces kinésithérapeutes intègrent leur position périphérique au sein de la kinésithérapie française.

Ces tentatives mettent en relief les différences entre approches espagnoles et françaises et permettent d'éclairer la prétention du travail professionnel : il ne se satisfait pas d'une réponse efficace au besoin, mais veille à appuyer cette mise en œuvre par des arbitrages et des connaissances explicatives théoriques (de ces mises en œuvre) sous-jacentes. Plus encore, cette arrière-boutique du professionnalisme doit être

¹⁶¹⁸ Des auteurs insistent par ailleurs sur l'apprentissage des limites de territoires professionnels au cours des stages. Cette problématique, bien qu'importante, sera peu évoquée ici. Nos données de terrain concernent des stages libéraux où les relations inter-professionnelles sont moins directement mises au travail (les collaborations se font souvent à distance, via le lien de prescription ou les retours par comptes-rendus notamment. Quelques réunions ont eu lieu et les étudiants en stage y ont participé mais elles n'ont pu être l'objet de prises de notes concluantes). Il serait intéressant de travailler sur le positionnement des étudiants kinésithérapeutes (selon leur formation ?) vis-à-vis des autres paramédicaux mais aussi vis-à-vis des médecins. Ann-Charlotte BIVALL, Annika LINDH FALK et Maria GUSTAVSSON, « Students' interprofessional workplace learning in clinical placement », *Professions and Professionalism*, 11-2, 2021.

affichée et invisible à la fois pour le client : les considérations présidant aux choix thérapeutiques ne sont pas clairement proposées aux patients, mais de petits indices lui sont laissés, sous-entendant leur existence. Le travail diffère alors selon l'origine de formation, d'une manière peu visible pour les régulateurs administratifs des diplômes, dans une logique de concurrence européenne entre travailleurs. Or, à l'image des propositions de Davide Calenda et Andrea Bellini¹⁶¹⁹, cette division du travail international au sein des groupes professionnels augmente le rôle des pays à faibles nuances de professionnalisme, en les mettant au cœur du processus de fabrication de nouveaux professionnels. Le processus de professionnalisation des kinésithérapeutes français est alors révélé par ces impétrants.

a) Se conformer au modèle français : les stages hospitaliers en France comme instruments de validation de l'équivalence

Les stages sont une bonne occasion de clore la parenthèse à l'étranger, d'autant qu'en Espagne ils sont assez disjoints des situations d'études : ils sont proposés essentiellement sur la dernière année du cursus, dans le même temps que peu de cours in situ restent au programme. Les étudiants français rendent souvent leurs appartements d'étudiants et viennent effectuer cette dernière année d'étude en France, dans les hôpitaux si possible, en libéral le cas échéant. Cette situation leur permet de rencontrer pour la première fois l'exercice français de la kinésithérapie, ce qui ne se fait pas sans ambivalence. D'un côté ces stages sont l'occasion d'une hiérarchisation entre eux et leurs homologues de France. D'un autre côté, leur position dominée, si elle est pointée, est accompagnée de réassurance : ils peuvent apprendre le travail sur le tas et se conformer à la réalité du travail de kinésithérapeute. Au-delà du retour des étudiants de l'étranger, ces situations nous renseignent sur la tension persistante dans le groupe professionnel français entre une volonté de professionnalisation et un travail qui reste d'abord un travail technique manuel basé sur l'expérience pour de nombreux membres.

La première injonction à se conformer au modèle français est de nature administrative et est exercée via les CRAE¹⁶²⁰. Celles-ci, encadrées de manière stricte par les inspecteurs des organes déconcentrés du Ministère de la Santé (les DRJSCS devenues DRAJES¹⁶²¹ en 2021), visent surtout à vérifier les compétences pratiques promises par les curriculums « théoriques ». Les règles européennes interdisent les retours en formation et limitent les mesures compensatoires (entre cursus européens différents) à des mises en stage¹⁶²². Bien que les kinésithérapeutes présents aux CRAE (enseignants, élus ordinaires et

¹⁶¹⁹ "Insofar as it creates the conditions for an international division of labour, globalization transfers competition to a global scale. This change has led to the growing importance of peripheral countries in the geography of professions but also implies rising inequalities related to new forms of exploitation." D. CALEDA et A. BELLINI, « The Challenging Integration Paths of Migrant Health Professionals », art. cit.

¹⁶²⁰ Commissions Régionales d'Autorisation d'Exercice.

¹⁶²¹ Délégations Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports.

¹⁶²² En réalité le demandeur a le choix entre mesures de mises en stage ou passer un examen probatoire sur le sujet où la carence est constatée. Cette possibilité d'examen, qui semble remettre le destin des demandeurs entre les

syndicaux) aient une marge d'appréciation, leurs demandes de mises en stage complémentaires restent limitées et suivent le découpage par spécialités exigées dans le cursus français (principalement traumatologie, neurologie et cardio-respiratoire, bien qu'un flou subsiste autour des spécialités jugées importantes comme la gériatrie et la pédiatrie¹⁶²³). Les étudiants en Espagne s'échangent alors, par retours d'expériences entre promotions successives, les domaines médicaux exigés pour obtenir l'équivalence. De nombreux étudiants tentent de valider ces expériences classiquement exigées au préalable, durant leur cursus :

« Enquêteur : A l'école on vous prépare à cette demande d'équivalence ?

Roxanne : Oui, oui. Ils nous... Ben là, en juin dernier, ils nous ont... On a eu une réunion où ils nous disaient pour l'équivalence il faut tant d'heures de pratique, enfin ils nous ont vachement [aiguillé]... Du coup c'est une réunion avec que les français...

Enquêteur : Les étudiants espagnols ne viennent pas ?

Roxanne : Non. Ben ils sont pas trop concernés hein »

Entretien avec Roxanne, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise, 19/04/2019

« [L'enseignant en charge des stages] a conseillé de par exemple... Je crois qu'il a conseillé neurologie, cardiorespiratoire et... Traumatologie. Il m'a dit ça c'est important de le faire en France... Donc déjà si le prof il nous dit ça c'est qu'il y a des raisons quand même... Il a dit qu'on était mieux formé, mieux équipé etc en cardio respi, trauma, neuro donc... Il valait mieux qu'on le fasse en France si on pouvait le faire en France. »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne (dernière année), bac S au rattrapage, père cadre supérieur, mère infirmière libérale, 11/01/2022

La question du pays de stage se pose peu pour ces étudiants. D'une part, leurs propres aspirations les ramènent vers l'exercice français et, d'autre part, le flou quant aux expériences prises en compte dans les CRAE les pousse vers des stages hexagonaux : ils leur semblent plus à même de convaincre leurs évaluateurs de leur attribuer l'équivalence. Cette institutionnalisation du retour en France est bien intégrée par les enseignants espagnols qui peuvent même l'encourager dans un contexte où les stages en Espagne sont limités au vu du volume d'étudiants en formation. Cette pratique entretient pourtant la hiérarchisation entre l'exercice français et espagnol, ainsi que la segmentation de la classe en deux groupes distincts : les étudiants locaux et ceux destinés à « l'export »¹⁶²⁴. Tout est alors réuni pour que les étudiants français reviennent en France :

mains d'un jury là où la présence quelques semaines en stage suffit à obtenir le droit à exercer, n'est jamais choisie par les demandeurs des CRAE enquêtées.

¹⁶²³ Ces deux spécialités ne doivent pas obligatoirement faire l'objet de stages en France mais leur enseignement est très développé, à l'inverse de certains pays comme l'Espagne. Pour les diplômés européens, des stages complémentaires sont régulièrement exigés dans ces disciplines, mais a priori plus pour « compenser » un manque théorique dans le curriculum formel étudié lors des CRAE.

¹⁶²⁴ Si ici l'axe d'analyse met l'accent sur la socialisation étudiante, il n'en demeure pas moins vrai que les écoles elles-mêmes s'adaptent sans doute non seulement à ces profils mais aussi au marché du travail, comme le montre, en France, Ivan Chupin dans le cas de écoles de journalisme. Ivan CHUPIN, « Du modèle professionnel national de formation à ses déclinaisons locales: Les logiques de différenciation des curricula dans deux écoles de journalisme », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 147.

« J'avais insisté pour prendre mes stages en France justement, pour éviter ce côté « oh mais tu as tout fait en Espagne » [...] [Alors qu'en faisant mes stages en France, les employeurs peuvent se dire] « tu as pas un niveau en dessous », les kinés quand je fais des remplacements, sur le CV, qu'il y ait pas écrit que j'ai tout, tout, fait en Espagne »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne (dernière année), bac S au rattrapage, père cadre supérieur, mère infirmière libérale, 11/01/2022

« [J'ai choisi mes stages en France] parce que... Je me suis dit, au niveau de l'équivalence, j'ai pas envie qu'ils m'emmerdent, qu'ils m'embêtent, en me disant tu l'as fait en Espagne, refait le ici quoi [...] Je préférais les faire en France. Au niveau de ça, ça me stressait un petit peu, des équivalences, ça me stressait un petit peu. »

Entretien avec Roxanne, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise, 19/04/2019

« J'ai fait, en gros, j'ai fait mes stages dans des gros centres pour être vraiment dans les centres spécialisés dans chaque truc. Parce que je sais qu'en libéral tu vas pas être spécialisé. En libéral tu vois différents domaines. Et là, j'ai vraiment fait mes stages, j'ai essayé de prendre des centres, honnêtement, les plus reconnus possibles pour, après, que dans mon équivalence et même dans mon CV que j'ai voilà des centres un peu dans tout et voir un peu toutes les spécialités qui puissent exister.»

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne (dernière année). Bac S sans mention. Père et mère commerçants, 21/11/2019.

C'est poussé par les attendus français que les étudiants émigrés choisissent préférentiellement des stages en France, selon un découpage par spécialité proche des attendus des grilles d'équivalence. Si l'Université espagnole est indifférente au milieu libéral ou salarié, ces découpages incitent les étudiants en Espagne à solliciter des structures hospitalières, plus à même de leur fournir les attestations de compétences spécialisées attendues. Ces choix sont contraints, ces étudiants plébiscitent l'exercice libéral mais ils veulent avant tout s'assurer une équivalence rapide. Le choix de l'hospitalier est aussi favorisé par le dispositif ERASMUS, très prisé des étudiants français en Espagne qui touchent ainsi une bourse et reçoivent un support institutionnel¹⁶²⁵ pour revenir effectuer leurs stages en France : la convention ERASMUS encadrant leur stage leur semble ainsi l'homologuer. Pour être enclenchée, cette convention impose une durée de stage prolongée (correspondant à deux périodes de stages espagnols), ainsi que des formalités administratives, autant de contraintes peu compatibles avec l'exercice libéral français. L'hôpital, à l'inverse, peut proposer deux situations de stages dans deux services distincts, conciliant la longue période totale de stage exigée par ERASMUS et la validation de deux champs de compétence dans deux stages distingués pour la commission d'équivalence.

Pourtant ce choix de retour en France est contrarié par les capitaux sociaux accumulés par les étudiants hexagonaux et leurs formateurs, souvent cadres de santé comme les responsables des stages hospitaliers :

¹⁶²⁵ "la mobilité institutionnalisée ne présente pas que des avantages financiers, elle réduit aussi énormément les démarches et obstacles administratifs de toutes sortes". Magali BALLATORE, « La mobilité étudiante en Europe. Une lente institutionnalisation sans réelle démocratisation », *Hommes & migrations*, 1317-1318, 2017, p. 79-86.

« *Moi-même j'ai été limité : [dans un cas] je voulais faire un stage à [la clinique N, spécialisée en neurologie] on m'a dit non. Clairement. [Dans un autre cas.] on m'a dit [la clinique O] on ne prend que des étudiants de [l'IFMK local] »*

Entretien avec Aneth, étudiante française en Espagne (jeune diplômée), Bac S mention bien, père commerçant, mère cadre hospitalière, 08/09/2018.

« *[Pour l'équivalence] il faut vraiment que ça soit un hôpital spécialisé dans la pédiatrie... ici [ville du sud de la France] il y en a pas... Si j'avais appelé [le centre P]. Et ils m'ont dit « on peut plus prendre parce que vous êtes trop ».* Elle m'a dit « on prend que les français maintenant » »

Entretien avec Roxanne, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise, 19/04/2019.

« *Pour trouver des stages en spécialité neurologie, neuro-adulte, c'est très compliqué à trouver dans le secteur [...] Du coup j'ai abandonné la neuro [...] J'ai essayé [au centre P], j'ai appelé et on m'a répondu « on prend plus de stagiaires », donc j'ai cherché ailleurs après [...] [c'est-à-dire de stagiaires] espagnols je pense. Je le sais parce qu'à [l'hôpital A] j'ai appelé, ma mère a essayé d'entrer en contact avec un kiné là-bas pour m'offrir un stage et il a dit « nous, on prend plus trop les kinés d'Espagne parce qu'on a eu une mauvaise expérience ».* »

Entretien avec Nadia, étudiante française en Espagne (dernière année), bac S sans mention, mère kinésithérapeute libérale (formée en France), père absent.

C'est ainsi que pour les spécialités les plus rares ou les institutions les plus valorisées, les étudiants à l'étranger peuvent se retrouver dans l'impossibilité de concurrencer les étudiants en France¹⁶²⁶. En l'occurrence, c'est ce qui explique la venue de plusieurs stagiaires étudiants en Espagne en stage dans notre cabinet libéral (de rééducation pédiatrique), faute de trouver une place dans une structure légitime hospitalière.

Dans les spécialités plus développées en milieu hospitalier (la gériatrie, la traumatologie par exemple), ces universités espagnoles arrivent cependant à négocier des places, parfois aidées par des contacts in situ, en l'occurrence des anciens étudiants espagnols ayant choisi l'exercice hospitalier :

« *[J'ai été pris en stage à l'hôpital sous la responsabilité d'un kinésithérapeute connu de l'université.] Il était espagnol et il a étudié dans la même fac que moi, après il est venu en France et il a travaillé pour ma fac en tant que tuteur pour ma fac pour des étudiants comme moi... Et donc il a bien pu m'aider »*

Entretien avec Enzo, étudiant français en Espagne (dernière année). Bac S mention Assez bien, père profession intermédiaire, mère cadre supérieure, 08/11/2018.

« *J'étais référent avec l'école « Privada V »... j'étais... Ils [des enseignants espagnols] sont venus, ils ont signé un accord avec l'hôpital... Depuis que toute cette vague française qu'il y a, surtout au nord de l'Espagne. Ils sont venus ici et... Ils, je les ai croisé, c'était des profs à moi. Et... Ah ben... Depuis, c'était en 2015, à peu près 2015. J'étais kiné référent [dans ce CHU] sur tous les étudiants kinés [de cette université espagnole] qui venaient à... faire leurs stages, leurs cursus de stage [dans ce CHU]. J'avais quoi 6-7 [étudiants] tous les 4 mois à gérer [...] J'étais rémunéré mais, après 2 ans, j'ai arrêté parce qu'à la fin c'était... De plus en plus de trucs à faire à la fois avec la fac, la fac ils savaient rien, les étudiants ils se présentaient ici et*

¹⁶²⁶ Proposée par Jean François Giret et Sabrina Issehnane sous l'angle de la comparaison quantitative entre filières, leur conclusion d'adéquation entre filières sélectives et stages prestigieux peut être reprise ici. Jean-François GIRET et Sabina ISSEHNANE, « L'effet de la qualité des stages sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur », *Formation emploi*, 117, 2012, p. 29-47.

ils savaient même pas comment ça marchait le travail... C'était trop trop trop pas bien organisé »

Entretien avec Sergio, kinésithérapeute hospitalier formé en Espagne, mère infirmière, marié en France à une auxiliaire de puériculture hospitalière, deux enfants. 14/12/2018.

Si ces réseaux ibériques en France peuvent fournir des lieux de stage, ils peuvent aussi reproduire les tensions existantes entre français et espagnols dans ces cursus. Sergio déplore ainsi le niveau des étudiants français formés dans son université (« *ils savaient rien [...] ils savaient même pas comme ça marchait le travail* ») et finit par arrêter de les encadrer : ils ne correspondent pas à l'image qu'il a conservé de l'étudiant kinésithérapeute espagnol¹⁶²⁷. De plus ces encadrants sont, pour l'instant¹⁶²⁸, des kinésithérapeutes et non des cadres, ce qui implique de trouver un accord avec ces derniers : cela peut être aisé dans les hôpitaux périphériques, plus incertain dans les CHU souvent en lien avec un IFMK français.

Les stages sont l'occasion de confirmer la hiérarchie pressentie entre étudiants en France et en Espagne.

Un cursus est légitime, les autres doivent faire la preuve de leur niveau :

« J'étais très stressée au début... Parce que ben premier vrai stage... On sait que voilà... Surtout que je savais qu'un des tuteurs n'aimait pas les étudiants français qui allaient en Espagne. Donc je savais qu'il m'attendait au tournant [...] Ma mère [aide-soignante dans ce centre de rééducation] me l'avait dit et parce qu'il avait une réputation qu'en gros il n'aimait pas les étudiants français qui allaient en Espagne quoi. Et ça se ressentait dans son attitude avec moi... Enfin le ton de la voix et comment il parlait on sentait que... Que voilà... En gros pour lui j'ai pris la facilité »

Entretien avec Aline, étudiante française à Vic, Bac S mention assez bien, père chef d'entreprise, mère aide-soignante, 08/11/2018.

« [J'avais une appréhension] plus sur la vision des autres, qu'ils peuvent avoir sur les kinés espagnols [...] [J'avais peur] qu'ils se disent ouais il vient d'Espagne, il connaît rien ou il est mauvais, vu qu'il vient pas de France il a une formation moindre, donc il va être moins bon, il va faire mal. »

Entretien avec Enzo.

Les entretiens montrent difficilement des situations de discrimination malgré mes relances (en dehors des rejets de demandes de stage). La position de l'enquêteur, à la fois kinésithérapeute et doctorant dans une discipline mal connue des enquêtés joue certainement. Faute de bien cerner les enjeux, il leur semble sans doute défavorable d'évoquer d'éventuelles différences avec leurs homologues hexagonaux, qu'ils cherchent justement à imiter. Pour autant, un positionnement est perceptible : ils s'attendent à être illégitimement jugés illégitimes. La force du concours est ainsi d'abord d'exclure et de placer en position dominée ceux qui ne l'ont pas¹⁶²⁹.

¹⁶²⁷ Sergio discute ici la compétence des étudiants, dont Marie Duru-Bellat rappelle qu'elle dépend avant tout d'une appréciation socialement située de l'efficacité professionnelle. M. DURU-BELLAT, « Les compétences non académiques en question », art. cit.

¹⁶²⁸ Une logique d'ancienneté existe dans l'accès aux fonctions de cadre, qui s'effectue après un temps d'exercice comme kinésithérapeute dans l'institution. Les flux espagnols sont assez récents et il n'a pas été rencontré de cadres ayant cette origine de diplôme.

¹⁶²⁹ P. BOURDIEU, *La noblesse d'état*, op. cit.

Au cours de ces stages, la distance à leurs homologues français peut être perçue par les étudiants formés à l'étranger, mais aussi réduite :

« J'avais des retours des autres promotions qui étaient déjà parties en stage et qui nous disaient par exemple que... qu'en pédiatrie on avait des lacunes. Qu'en neuro c'était compliqué. Mais en cardio respi on était très bien formé »

Entretien avec Julie, étudiante française en Espagne (jeune diplômée), Bac S mention bien, père médecin, mère enseignante. 31/01/2019.

« J'ai rencontré des étudiants de [l'IFMK local] quand moi, par exemple, je faisais mon stage [en neurologie au CHU local] il y avait des étudiants de Montpellier quand moi je faisais mon stage... Euh... En termes de stages, [ils font] des stages de plus courte durée, mais plus de stages. Des journées plus longues [...] Je pense qu'on a pas, clairement qu'on a pas assez travaillé le système nerveux, par exemple. Que ce soit en anat[omie] ou en thérapie. Pas le système nerveux central. Par exemple on a eu aucun examen où l'on était obligé de connaître chaque nerf... Je pense que c'est quand même utile après coup, parce que là maintenant c'est un truc que je suis obligée de regarder dans les livres »

Entretien avec Aneth, étudiante française en Espagne (jeune diplômée), Bac S mention bien, père commerçant, mère cadre hospitalière, 08/09/2018

Durant ces mises en stage, les retours des patients¹⁶³⁰ ou des médecins¹⁶³¹ sont rarement évoqués, c'est le retour des kinésithérapeutes français qui est attendu et qui sert de modèle à Julie ou Aneth pour justifier des lacunes dans certaines matières. Ce lien entre jugement des pairs français et positionnement sur son cursus est particulièrement visible auprès d'Anne, qui, à des moments très distincts de l'entretien, me précise d'abord son sentiment incorporé de lacunes (en anatomie), avant plus tard de revenir sur un jugement exprimé par un cadre français en stage sur les manques espagnols dans cette même matière :

« Après en comparant à la France c'est vrai que par exemple sur l'anatomie etc ils sont beaucoup plus rigoureux en France, nous on a pas forcément. On a anatomie en première année, origine insertion, mais eux ils ont vraiment l'innervation, le sens des fibres, enfin vraiment l'anatomie [est] un peu moins rigoureux [en Espagne] [...]

Et là mon gros stage, en gros, de 4^{ème} année, la cadre de santé connaissait le système espagnol et dès le début nous a dit « bon je sais que vous sur l'anatomie vous êtes pas... » Je sais pas, elle avait fait une réflexion en disant « les espagnols je sais que vous, sur l'anatomie vous êtes pas au point. Pas au point. » Elle avait dit « mais vous apprenez pas de la même manière qu'en France » mais elle nous avait dit « mais on ne dit pas une « jambe » on dit « l'extrémité inférieure » » ou un truc comme ça, en gros elle sait comment sont formés euh les kinés espagnols et du coup ils savent à quoi s'attendre donc ils jugent pas plus que ça quoi... Je pense. »

Entretien avec Anne, étudiante française en Espagne (dernière année). Bac S sans mention. Père et mère commerçants, 21/11/2019.

¹⁶³⁰ Géraldine Bloy, à l'issue d'une enquête portant sur les stages d'étudiants en médecine en cabinets généralistes libéraux, montre que les interactions principales se font entre les médecins et les stagiaires (dénigrement, appréciation) plus qu'avec les patients. Géraldine BLOY, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 101.

¹⁶³¹ Si les autres groupes professionnels sont peu évoqués, cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont absents de ces expériences. Bien au contraire, les stages sont des occasions d'éprouver sa place dans un monde du travail aux frontières interprofessionnelles mouvantes. A.-C. BIVALL, A. LINDH FALK et M. GUSTAVSSON, « Students' interprofessional workplace learning in clinical placement », art. cit.

Si les manques espagnols sont signifiés à Anne, ils donnent aussi des clés pour réduire l'écart : la terminologie a son importance, il convient de sortir du vocabulaire profane (« *la jambe* ») pour adopter un vocabulaire professionnel (« *l'extrémité inférieure* »)¹⁶³². Ces guides, proposés hors du cadre académique stricto sensu, peuvent être saisis de manière variée (ici Anne marque son relatif désintérêt « *un truc comme ça* »). Les stages sont ainsi des passerelles incomplètes, plus à même de transmettre les versants pratiques du métier, que sa distinction langagière. C'est sur ces « tours de main » dans la gestuelle du kinésithérapeute que s'alignent plus volontiers les stagiaires d'Espagne lors des stages :

« Là j'ai fait un stage du coup [dans un centre de pédiatrie] et... Je me suis rendue compte que j'étais pas trop au point sur tout ce qui est anatomie articulaire et surtout la biomécanique articulaire. Donc peut-être [qu'il faudrait] rajouter un petit peu des cours là-dessus, mais après, en soit, je me dis aussi que le métier... Ce que les kinés me disent quand je suis en stage que... ton métier, il s'apprendra aussi sur le tas... Avec ton expérience propre et avec ce que tu feras donc peu importe ta formation... Bon bien sûr il faut qu'elle soit bien mais après ton expérience t'aidera aussi énormément. »

Entretien avec Anne.

Les stagiaires espagnols plébiscitent d'abord ce qu'ils sont venus chercher : une formation sur le tas¹⁶³³. La théorie, qu'ils ont validé en Espagne, a pu être récitée sans faire montre d'une capacité à l'utiliser en situation. Formés dans cet esprit, ce n'est pas cette injonction à la maîtrise du savoir sous-jacent qu'ils retiennent prioritairement de leurs interlocuteurs hexagonaux. En face, ceux qui acceptent ces stagiaires semblent d'une relative clémence vis-à-vis d'impétrants pourtant clairement hiérarchisés. Cela interroge au vu de la stigmatisation importante dont sont victimes les médecins formés hors de France¹⁶³⁴.

D'une part le nombre de postes vacants dans les hôpitaux peut jouer, il s'agit de ne pas froisser d'éventuelles ressources humaines :

« J'étais en pédiatrie au [CHU local] parce qu'il y avait une kiné qui formait aux pieds bots et du coup, comme il y avait pas beaucoup de stagiaires, on en a profité pour aller dans plusieurs services à la fois et en sortant du stage je crois qu'elle m'avait proposé de remplacer une kiné. Qui était... Ben de remplacer Lucie. Qui était enceinte et qui trouvait pas de remplaçante donc je l'ai remplacée en sortant de l'école »

Entretien avec Lidia, étudiante française en Espagne (jeune diplômée), Bac ES mention assez bien, mère célibataire cadre supérieure, 10/04/2019.

¹⁶³² Si la distinction langagière est analysée ici d'abord dans l'optique du positionnement comme professionnel, il est possible d'y lire, dans le même temps, un certain mépris de classe entre des kinésithérapeutes formés en France, plutôt issus d'une bourgeoisie culturelle, envers leurs homologues formés en Espagne, plutôt issus d'une bourgeoisie économique. Verbaliser à ses derniers leur manque de vocabulaire tient aussi de la réassurance d'une domination symbolique. Élie GUERAUT, « Le mépris comme réassurance sociale: Une petite bourgeoisie culturelle confrontée à son déclin », *Sociétés contemporaines*, N°119-3, 2020, p. 33.

¹⁶³³ Emmanuelle Zolesio retrouve elle aussi un renforcement des positionnements sociaux incorporés par les impétrants lors de l'internat de chirurgie. Emmanuelle ZOLELIO, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 3-4, 2012, p. 377-394.

¹⁶³⁴ Y. LOCHARD, C. MEILLAND et M. VIPREY, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail », art. cit ; R. SECHET et D. VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », art. cit ; C. F. HOUNSOU, « En quête du métier de médecin », art. cit.

Le témoignage de Lidia rappelle l'ambivalence du stage : à la fois processus de formation mais aussi processus de mise en relation d'éventuels employeurs et employés¹⁶³⁵. Les hôpitaux français sont les lieux de stages perçus comme les plus évidents pour répondre aux injonctions des CRAE tout en étant des employeurs en manque de personnels. De ce fait, les kinésithérapeutes encadrant les stagiaires sont pris entre la nécessité de séduire de nouveaux collègues pour les soulager d'une charge de travail et celle d'imposer la vision légitime du métier français¹⁶³⁶. Les manques théoriques sont alors relevés, mais sans qu'ils ne soient pointés comme pénalisants : ces stagiaires sont invités malgré tout à rejoindre les équipes¹⁶³⁷.

A cela se surajoutent sans doute les trajectoires biographiques propres des cadres français. Ceux-ci sont majoritairement en seconde partie de carrière, formés selon l'ancien modèle d'écoles de santé avant tout techniques et parfois réticents aux changements récents « intellectualisant » le métier et le rapprochant des universités (chapitre 4). Leur vision « pratique » du métier justifie alors une indulgence et le support à des jeunes impétrants aptes à apprendre « sur le tas »¹⁶³⁸.

Enfin, le fait que, dans les régions frontalières, une grande partie des kinésithérapeutes salariés puisse avoir été formés à l'étranger, voire être de nationalité étrangère, rajoute à ce climat bienveillant. Ils servent ainsi de ponts entre l'apprentissage scolaire qu'ils ont eux-aussi connus hors des frontières hexagonales, et le monde du travail français, où ils exercent.

De ce fait, ces stages hospitaliers français entretiennent parfois une vision de la kinésithérapie d'abord comme une somme de techniques à appliquer. Cela est accentué par l'éviction des étudiants étrangers des stages les plus légitimes (les centres N et O évoqués plus haut par Aneth sont des centres spécialisés dans une métropole attractive, lieux de recherche clinique investis par les étudiants de l'IFMK local). Le chapitre 2 a montré la tension qui existe en France entre des kinésithérapeutes s'imposant comme professionnels maîtres d'une chaîne de soin allant d'un diagnostic (moteur) à la thérapeutique et des kinésithérapeutes intervenants uniquement sous prescription pour réaliser les gestuelles répétitives médicalement demandées. Cette situation se rencontre notamment à l'hôpital, de par la présence des médecins, laissant plus ou moins d'autonomie, et d'un cadre administratif, renvoyant plus ou moins les kinésithérapeutes à leur statut d'auxiliaire. Les établissements où cette double domination est la plus

¹⁶³⁵ Kilkon KO et Dalvin Jit Kaur SIDHU, « L'influence des stages dans les organisations publiques sur les idées et les choix professionnels des étudiants universitaires : », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 78-4, 2012, p. 761-784.

¹⁶³⁶ Ces lieux de stage rappellent les écoles d'excellence professionnalisantes (officiers, cavaliers ou footballeurs), subordonnées à la fois à l'espace scolaire et à l'espace professionnel. Julien BERTRAND, Christel COTON et Sabrina NOURI-MANGOLD, « Des écoles d'excellence en dehors de l'École: Formation au Métier et classements scolaires », *Sociétés contemporaines*, N° 102-2, 2016, p. 75-102.

¹⁶³⁷ Les stages sont des expériences de co-adoption entre employeurs et employés, l'employeur doit donc savoir faire preuve d'une part de séduction pour conserver les travailleurs espérés. J.-F. GIRET et S. ISSEHNANE, « L'effet de la qualité des stages sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur », art. cit ; K. KO et D. J. K. SIDHU, « L'influence des stages dans les organisations publiques sur les idées et les choix professionnels des étudiants universitaires », art. cit.

¹⁶³⁸ Emmanuelle Zolesio montre d'ailleurs que les dispositions professionnelles se transmettent d'autant mieux qu'impétrants et praticiens expérimentés (chirurgiens dans son cas) sont de milieux sociaux proches. E. ZOLELIO, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », art. cit.

perceptible sont souvent des stages de second rang pour leurs homologues français, quand ils ne sont pas tout simplement évités. A l'inverse, ces lieux sont les plus accessibles pour les étudiants provenant d'Espagne. Ce contexte est finalement en relative adéquation avec leur formation au métier très technique. Une partie d'entre eux, sans doute ceux qui avaient le plus cette image initiale du métier, arrivent dans les hôpitaux français avec ce constat que la kinésithérapie est d'abord une succession de gestes dissociés de la réflexion théorique. Certains tuteurs peuvent tenter de faire évoluer ce modèle, en exigeant des formes de réflexivité :

« [Pendant mon stage en France,] j'apprenais plus les patho et... Parce qu'en même temps ils me laissaient vraiment... Chaque jour mon tuteur de stage me posait des questions et si j'avais pas la réponse il me disait « ben demain je veux la réponse tu vas faire des recherches » et en fait il m'incitait à faire des recherches »

Entretien avec Aline, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S mention assez bien, père chef d'entreprise, mère aide-soignante, 08/11/2018.

Pourtant ce modèle n'est pas hégémonique, et certains stages confortent ces étudiants dans la position de techniciens cherchant à apprendre les bons « protocoles » :

« En ortho [en France] j'étais en post op. Toujours la même chose hein. Donc là c'est bien pour 5 semaines pour apprendre bien les protocoles et tout ça mais je trouve que c'est un peu redondant quand même. »

Entretien avec Roxanne, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise, 19/04/2019

« Moi aussi [en stage] je suis pas trop pour l'observation, je préfère être dans l'action et je pense que c'est juste les protocoles de rééducation qu'il faut que je voie vraiment et ensuite [je peux les appliquer] »

Entretien avec Samia, étudiante française en Espagne (dernière année), bac ES mention assez bien, père commerçant, mère employée, 03/12/2021

« Je pense que je ne sais pas ce que je vais faire, mais je vais rester sur [sa ville d'origine du sud de la France] et je vais peut-être faire une formation dans la massothérapie parce que j'aime bien ça [...] J'ai pas vraiment de spécialité [qui m'intéresse], moi j'aime bien masser assez fort tout ça. Je sais que kiné c'est pas que masser mais du coup pourquoi pas me spécialiser dans les sportifs »

Entretien avec Léa, étudiante française en Espagne (dernière année), Bac S au rattrapage, père ingénieur, mère infirmière libéral, 11/01/2022

A l'image de ces étudiants, la kinésithérapie qu'ils ont apprise et qu'ils ont expérimentée en Espagne est d'abord un travail thérapeutique basé sur l'utilisation de techniques autorisées et à appliquer avec dextérité sur les cas préalablement standardisés (les cours théoriques restitués ont bien permis l'incorporation de ces catégories à évolutions physiopathologiques codifiées) : les opérés post opérations, les sportifs ou les enfants. Les structures de stages françaises, parfois, ne les détrompent pas : des membres français ont connus ces parcours et valident ces visions du métiers (diplômés étrangers, ou diplômés en France les plus anciens) ou alors les tolèrent devant la difficulté à trouver du personnel. En ce sens, les stages en France servent de passerelle pour intégrer le métier français, mais

cette passerelle n'impose pas strictement un positionnement comme professionnel. Si les impétrants formés en Espagne présentent donc des approches d'exécutants plus que de professionnels, il est à noter qu'il n'existe pas de modèle professionnel français à proprement parler, mais des variétés de positionnements professionnels. Cette hétérogénéité du groupe professionnel français explique donc la relation ambiguë aux impétrants étrangers et l'incapacité à imposer un modèle professionnel établi : les travailleurs hexagonaux sont eux-mêmes divisés sur ce rapport au travail et à son abord purement technique et standardisé ou à son abord professionnel mettant l'accent sur la singularité.

Le positionnement dominé est accepté par les étudiants français en Espagne. Ils se conforment aux injonctions d'expériences pratiques exigées par les représentants du groupe professionnel français à l'occasion des CRAE. Malgré leurs réticences (leur image du métier est libérale) et leur socialisation universitaire sans contact avec le monde médical (ils ne sont pas dans des écoles de santé ou sur des campus hospitaliers), ils tentent d'obtenir des stages en hôpital français. Ceux-ci leur semblent nécessaires pour passer le cap de la reconnaissance du diplôme. Ces situations entérinent leur position dans l'espace de la kinésithérapie française : ils sont des stagiaires par défaut et peuvent être l'objet de reproches quant aux savoirs qu'ils affichent. Pourtant, malgré cela, le retour se fait dans une relative acceptation mutuelle¹⁶³⁹. La difficulté de recrutement de kinésithérapeutes à l'hôpital ainsi que l'hétérogénéité du groupe professionnel français¹⁶⁴⁰ favorisent une acceptation de ces étudiants européens : l'important est souvent qu'ils puissent, sur le tas, participer au travail. Ces situations hospitalières favorisent le retour des étudiants français de l'étranger : ils peuvent afficher des expériences légitimes face aux « gate-keepers » des CRAE. La reconnaissance du titre se fait d'abord via l'affichage d'un savoir expérientiel, documenté par des mises en stage. Les règles européennes sont

¹⁶³⁹ Même si cela ne doit pas conduire à minorer le rôle performatif de cette législation. Son aspect pressant est visible à travers le discours de la ministre de la Santé Buzin du 25/01/2018 devant l'Assemblée Nationale, quant aux nécessités de transcriptions rapides des textes européens portant sur les reconnaissances professionnelles : « J'ai eu l'occasion de vous dire, lors de nos précédents débats en septembre dernier, que je mesurais les inquiétudes que la présentation de ce texte a pu susciter auprès des professionnels de santé [...] Je voudrais donc revenir brièvement sur les raisons qui ont conduit le Gouvernement à présenter ce texte sous cette forme, en vous donnant notamment des informations sur la position de la Commission Européenne à l'égard de la France et en vous précisant dans quelles conditions la mise en œuvre de ce dispositif s'opérera. La directive communautaire relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles du 20 novembre 2013 aurait dû être transposée dans le droit français depuis le 18 janvier 2016, au plus tard. [...] Le collège de la Commission Européenne a décidé le 7 décembre d'une saisine de la Cour de justice de l'Union européenne d'un recours contre la France [...] Il est possible que la publication du décret, le 2 novembre dernier, puis des sept arrêtés attendus, au mois de décembre, témoigne auprès de la Commission du respect à présent réalisé par notre pays de ses obligations de transposition complète. C'est à espérer, car cela permettrait de ne pas obliger au paiement de l'astreinte associée à la saisine de la Cour de justice. Aujourd'hui, elle s'élèverait à 50 000 euros par jour. » Discussion en nouvelle lecture du projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale ratifiant l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé (projet n° 183, texte de la commission n° 217, rapport n° 216)).

¹⁶⁴⁰ Cette hétérogénéité est géographique, basée sur les différentes origines de diplômes, mais aussi générationnelle. L'âge des cadres de santé rencontrés, bien que non documenté de manière quantitative, semble indiquer une formation initiale ancienne. Leur vécu personnel de la formation peut parfois les faire se sentir proches de l'approche technique proposée en Espagne.

bien sûr en cause : les savoirs théoriques validés par une institution universitaire européenne ne sauraient être contestés, affaiblissant les contrôles possibles par le groupe professionnel français. Mais les kinésithérapeutes au travail, notamment à l'hôpital, participent aussi à cette situation. Ils admettent eux-mêmes ces impétrants comme pairs estimables et susceptibles d'être de futurs collègues. Des réformateurs universitaires, notamment dans les IFMK français, soutenus par les représentants ordinaires ou syndicaux libéraux, tentent d'afficher une scientificité et la maîtrise d'un savoir théorique supportant la pratique. Pourtant la réalité de l'acceptation de diplômés étrangers, pensés comme fragiles sur ces attributs professionnels, montre une autre facette du métier. De nombreux kinésithérapeutes de terrain peuvent d'abord percevoir leur travail comme celui d'un technicien rééducateur, susceptible de transmettre son art sur le tas. Ils favorisent alors l'arrivée dans leurs rangs de ces diplômés européens.

b) Savoir-faire et savoir être : une ligne de fracture détectable durant les stages

Les impétrants formés en Espagne se conforment aux injonctions de l'encadrement hospitalier, parfois vieillissant, mais des différences persistent avec les étudiants hexagonaux. Si les mises en stage sont des lieux de rattrapage du savoir-faire légitime en France, ces situations laissent entrevoir les différences de socialisations primaires et secondaires entre impétrants formés en Espagne ou en France¹⁶⁴¹. Elles se traduisent alors par un savoir-être et une mise en discours de leur travail très différents. D'un côté, les étudiants formés en Espagne finissent par montrer une maîtrise des gestes techniques très similaire aux étudiants français, laissant à penser que le métier est pratiqué de façon semblable. D'un autre côté, ils s'en différencient toutefois, durant ces premières périodes de mises en situations professionnelles, par l'affichage d'un discours plus profane et d'un positionnement plus dominé dans la chaîne du soin.

La découverte de patients nouveaux en stage : mobiliser un savoir et un savoir-faire pour répondre à une demande sans expérience préalable.

Cette tension entre savoir-faire pratique (construit en institut via les TP mais possiblement expérientiel) et savoir théorique se retrouve à travers les parcours des étudiants reçus en stage dans notre cabinet de pédiatrie libéral au cours de cette thèse. Des notes d'observations régulières ont été prises concernant 6 étudiants français, en stage entre 6 et 8 semaines : Fanny, étudiante dans l'IMFK local privé (Bac S mention bien, père ouvrier, mère cadre supérieure), Périne, étudiante dans un IFMK privé extra-régional (bac S mention bien, père agriculteur, mère cadre supérieure), Roxanne, étudiante en Espagne (bac S sans mention, père profession intermédiaire, mère cheffe d'entreprise), Valentin, étudiant en Espagne (bac S sans mention, père commerçant, mère profession intermédiaire), Anaïs, étudiante en Espagne (bac S sans mention, père et mère kinésithérapeutes ostéopathes libéraux) et Nadia, étudiante en Espagne

¹⁶⁴¹ Le cas belge est ici moins documenté.

(bac S sans mention, mère kinésithérapeute libérale, père absent)¹⁶⁴². Tous sont en dernière année d'études au moment de leur stage. Par contre, leur approche du stage est différente : les deux étudiantes françaises ont exprimé clairement un projet professionnel en pédiatrie, ce qui a motivé leur demande de stage dans notre cabinet¹⁶⁴³. Pour les quatre étudiants en Espagne, à l'inverse, la pédiatrie est bien sûr désignée comme une « expérience enrichissante » mais très rapidement l'aspect instrumental ressort : il s'agit de valider une expérience en pédiatrie pour obtenir l'équivalence. Ces quatre étudiants partagent dans les faits le projet d'une installation libérale et d'une « spécialisation » en ostéopathie.

Leur positionnement en début de stage est là encore clivé selon le pays d'études : Périne et Fanny se renseignent notamment sur les « théories » sous-jacentes à notre pratique : livres à lire, pathologies spécifiques à notre cabinet qu'elle doivent réviser, possibilités de projets de recherche ou de tutorat pour le mémoire. Je suivrai ainsi Fanny pour son mémoire de fin d'études en kinésithérapie, sur un sujet ayant trait à « l'éducation thérapeutique » des parents d'enfants en difficultés motrices.

Les quatre étudiants d'Espagne ne feront que rarement le lien avec leur cursus universitaire : Roxanne, Nadia et Valentin ne feront jamais état d'un travail en lien avec le stage et seule Anaïs réalisera un mémoire de fin d'études à l'occasion du stage. Si je participerai là encore au suivi, celui-ci se révélera très différent du mémoire de Fanny. En lieu et place d'un travail de terrain (entretiens avec des kinésithérapeutes pour Fanny) support d'une théorisation, le mémoire d'Anaïs sera un état des lieux de la rééducation des enfants hémiplésiques. Sans lien avec le travail de terrain, son travail propose l'analyse non exhaustive de quelques articles ayant trait au domaine et montre les pistes thérapeutiques à en tirer. Si les qualités des travaux seront dans les deux cas jugées bonnes par les structures respectives (8/10 pour Anaïs et 16/20 pour Fanny) la « philosophie » des travaux diffère totalement. Dans le cas de Fanny, il s'agit de créer un lien entre l'expérience pratique et un exercice de théorisation tandis que dans le cas d'Anaïs il s'agit d'un travail théorique, dissocié de l'expérience en stage. Cela s'explique par la fragilité des processus de mises en stages espagnols. Alors que les IFMK français sélectionnent un réseau de proximité de stages légitimes (hospitaliers au premier chef, libéraux connus ou dotés d'attributs tels des diplômes universitaires) ce n'est pas le cas des structures privées espagnoles. D'une part, la densité d'universités et la masse d'étudiants reçus entrent en tension avec les faibles débouchés professionnels et donc les faibles nombres de lieux de stage de proximité. Devant ce faible nombre, les universités ne peuvent se permettre, en plus, d'y rajouter un contrôle strict de la légitimité des compétences des tuteurs.

¹⁶⁴² La présence parmi les étudiants d'Espagne de deux filles de kinésithérapeutes fait immanquablement penser à des « héritières ». Cela va dans le sens d'une migration espagnole de résistance au changement : la nouvelle sélectivité de la formation française empêche la bonne reproduction sociale de la position parentale (alors accessible avec des capitaux culturels et scolaires plus faibles). La reproduction est alors assurée par la mobilisation d'un capital économique et d'une migration européenne.

¹⁶⁴³ Depuis la réforme des études de 2015, la pédiatrie n'est plus un champ de stage obligatoire en France. Un stage dans le domaine n'est, de ce fait, pas exigé des demandeurs européens d'équivalence. Toutefois, un stage de mise à niveau peut leur être demandé en cas de différences « substantielles » dans les programmes d'enseignement reçus. Comme le cas est assez systématique en Espagne et une partie d'entre eux devançant la demande en essayant de réaliser un stage dans le domaine au cours de leurs études.

D'autre part, la majorité des étudiants français préfèrent des stages en France, rendant le contrôle et le lien au cursus théorique distendu.

En début de stage, les étudiants formés en Espagne se présentent comme plus « profanes » que les étudiants français, bien qu'ils soient tous dans la dernière année de leur cursus. Conjuguant une relation à la théorie différente et un apprentissage dans une langue différente, les quatre « hispaniques » partagent une difficulté à nommer ce qu'ils voient. Durant la première journée de stage, j'ai l'occasion de demander un bilan à chacun des étudiants reçus¹⁶⁴⁴. S'il est logique que les étudiants en France rendent des bilans plus conformes à mes attendus (formation en France, pratique française en commun), il existe pourtant une différence notable : les étudiants français réagissent à l'évocation de la pathologie du patient, par un savoir-faire théorique à mobiliser, ce qui est moins le cas des étudiants en Espagne.

Un bilan demandé le 03/11/2020 pour une patiente prénommée Valérie, atteinte d'un Infirmité Motrice Cérébrale, entraîne de la part de Périne une réaction immédiate : test de « *spasticité* » selon « *l'échelle d'Ashworth* », recherche des « *troubles fonctionnels* » ou les tests de force selon le « *testing* ». Le même bilan, toujours auprès de Valérie, demandé le 08/06/2020 à Valentin entraîne une réaction différente : il précise « *ne pas savoir faire* », malgré un stage préalable en hôpital neurologique mais où « *il fallait juste remplir les fiches* » avec une trame déjà prête. Après avoir insisté, il finit par tenter un bilan qu'il me présente par la suite. Si la trame française habituelle est absente, il n'a pas réussi à mobiliser d'autres ressources (il me redira « *est-ce que vous utilisez une échelle neuro ici ?* »). Son bilan présente alors un aspect très profane : « *elle a de la force dans les bras surtout* », « *dans les jambes c'est difficile* », « *elle est très raide* ». Tout se passe comme si l'abord d'un patient ne tenait pas de l'enquête mais du remplissage de cotations exigibles. Devant une pathologie non préparée, il se retrouve alors démuné et son écart linguistique quant aux terminologies professionnelles finit alors de discréditer sa présentation pour un regard français.

La même situation se retrouve avec Anaïs. Le bilan demandé (sur une jeune fille avec des troubles de l'équilibre et des dyspraxies, le 05/10/2020) est difficile sans trame préalable et, là encore, la difficulté à mobiliser des termes professionnels se fait sentir. La confusion et l'incompréhension réciproque atteint alors le cœur même du métier. Cherchant à évaluer la force de la jeune fille, elle lui demande de lever le genou. Alors que ce mouvement met principalement en jeu un muscle nommé « *psaos* », Anaïs répond qu'elle teste le « *quadriceps* ». Cette erreur est relevée dans mon carnet d'observation au vu de sa grossièreté pour un kinésithérapeute français : la maîtrise de l'anatomie et des rôles de chaque muscle fait partie des apprentissages de base, réalisés dès la première année d'étude et régulièrement remobilisés tout au long du cursus. Si, pourtant, l'idée de tester la force de la patiente est présente, la démarche

¹⁶⁴⁴ Cette demande permet un bon point d'observation pour cette thèse, mais est aussi un moyen relativement classique d'évaluer le niveau de départ d'un stagiaire, comme souligné chez les infirmières. Patricia BLANCHETTE, Maud-Christine CHOUINARD et Jacques-André GUEYAUD, « Les pratiques évaluatives d'enseignants en soins infirmiers lors des stages : une étude descriptive qualitative », *Recherche en soins infirmiers*, 129, 2017, p. 60-72.

diagnostique est rendue peu crédible, pour le groupe professionnel français, par une confusion à la fois en termes de vocabulaire et de perception du fonctionnement anatomique¹⁶⁴⁵.

Ces situations montrent des futurs professionnels français formés en Espagne se différenciant de leurs homologues hexagonaux par une dissociation des savoirs universitaires des savoir-faire du métier et par une moindre maîtrise des exigences lexicales du groupe professionnel. Le manque de lien entre les savoirs et la posture professionnelle est alors exacerbé sur une thématique de stage considérée a priori comme hors du projet professionnel (la neuro-pédiatrie est peu enseignée en Espagne et ne fait pas partie du projet de kiné-ostéo de ces étudiants) et effectuée uniquement pour valider le diplôme. Cet état de fait a des conséquences sur l'affichage de l'activité : ces étudiants font moins montre d'attributs professionnels et mettent moins en place la distance au profane permise par la mobilisation d'un savoir réservé et d'un discours savant.

L'apprentissage d'un savoir-faire en stage qui n'empêche pas des différences de savoir-être professionnel

Les stages, s'ils pointent des différences de formation dans les premiers temps, sont justement des situations de réduction de la distance aux kinésithérapeutes français. Cette évolution a pu être approchée par mes notes d'observations mais aussi via les notes prises en stage par ces étudiants eux-mêmes. Anaïs a ainsi, à l'issue du stage et sans que cette demande n'ait été préméditée au cours de celui-ci, bien voulu me partager ses notes personnelles.

Nancy:
-Parcours (on aide avec le jouet pour qu'elle y aille)
-Travail motricité fine
-Équilibre sur le ballon
-Escaliers/pente

Notes prises par Anaïs à propos d'une séance d'une enfant (Nancy) lors de sa première semaine de stage.

Ces premières notes, de début de stage, sont courtes et à visées pratiques : noter ce que le kinésithérapeute fait faire à l'enfant. Il n'y a aucune référence au problème qui amène l'enfant à consulter, aucun élément diagnostique et pas d'explications sur les exercices proposés. Anaïs est, à ce moment-là, dans une démarche d'imitation des tuteurs de stage. Elle se centre sur ce qu'elle perçoit comme le cœur de métier : faire faire des exercices aux enfants, exercices qu'elle note consciencieusement pour pouvoir les refaire au besoin.

Eliott :

¹⁶⁴⁵ L'usage du mot juste est au cœur de la formation du professionnel, comme le montrent les observations en écoles d'architecture. F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit, p. 115.

-On commence la session en le filmant pour justement observer la présence de ces mouvements généraux, ce bébé a 17 semaines donc on va pouvoir en observer certains. Premièrement on voit que ce bébé salive beaucoup et bave beaucoup, [Paul]¹⁶⁴⁶ me dit que c'est normal parce qu'il est à un âge où il n'a pas suffisamment de TONUS au niveau des lèvres du coup c'est une situation normale. On peut aussi avoir un bébé qui commence à avoir ses dents qui poussent donc ça peut aussi le faire baver.

-A la fin de la séance quand [Paul] le porte (il met ses jambes en flexion, avec un bras sous ses fesses/jambes pour soutenir et l'autre derrière son dos pour le soutenir) pour justement travailler la flexion, dans un premier temps il le met contre son torse du coup le bébé nous voit pas et on voit qu'il arrête pas de jeter sa tête en extension et en arrière pour essayer de nous voir du coup ce qu'on fait c'est que on adapte la position tout en continuant de le faire travailler, donc il le fait juste « pivoter » pour qu'on l'ait sur notre côté et qu'il puisse quand même nous voir tout en travaillant. Quand on teste les réactions d'équilibre en décubitus latéral en le soutenant on voit que quand on le penche vers le côté droit (donc dans cette situation il doit réaliser une rotation et inclinaison vers la gauche donc on travaille ici le trapèze droit) sa réaction d'équilibre et de maintenir sa tête est beaucoup moins maîtrisée que quand on le fait pencher du côté gauche donc logiquement le trapèze droit devrait être plus débile que le gauche or quand on regarde en position sur le dos pour regarder si un trapèze se soulève un peu plus ou alors on regarde au niveau des plis du cou, là on voit que le trapèze droit est un peu plus musclé que la gauche donc on peut en conclure que du coup puisque il a du mal à réaliser la fonction d'inclinaison et rotation on peut penser qu'il prédomine dans la fonction d'extension.

Notes prises par Anaïs à propos d'une séance d'un enfant (Eliott) lors de sa dernière semaine de stage.

Dans ce second cas, en fin de stage, la note est bien plus longue et bien plus détaillée. Le diagnostic médical n'est pas exposé mais il est possible qu'il soit inconnu ou considéré comme secondaire (pour rappel, comme vu au chapitre 2 les kinésithérapeutes du cabinet peuvent prendre en charge les enfants sans diagnostic médical clair). Par contre, à l'inverse des notes de début de stage, une démarche diagnostique est rapportée : il y a des observations (bavage) qui s'expliquent en fonction d'un savoir (un problème de TONUS, le mot est accentué par Anaïs).

Le travail thérapeutique, la partie centrale de la séance, est ici passé sous silence, comme s'il était incorporé et qu'il découlait des propos diagnostiques. Les deux paragraphes ne concernent que le début et la fin de séance, encadrant un corps de séance pouvant se passer de notes : il est acquis.

Le second tiret, ayant trait à la fin de séance, propose un second diagnostic plus lié à la thérapeutique et moins à l'observation extérieure (à l'inverse du bavage). Il s'agit de retenir les réactions du bébé aux mouvements proposés. Ceux-ci, à ce moment du stage, sont analysés avec finesse en notant les positions précises des mains selon les moments et les réactions du bébé. Les mouvements sont alors mis en relation avec une réaction qui peut être lue sous l'angle du diagnostic (« *il a du mal à réaliser la fonction d'inclinaison et rotation on peut penser qu'il prédomine dans la fonction d'extension* ») ou de la thérapeutique (« *Il le porte [de telle manière] pour justement travailler la flexion* »). Si quelques termes profanes persistent (« *logiquement le trapèze droit devrait être plus débile que le gauche* »), le processus descriptif des intrications entre mouvements constatés ou provoqués et un jugement normatif diagnostique permettent un positionnement bien plus professionnel que lors des premiers jours de stage.

¹⁶⁴⁶ Les prénoms reprennent ceux choisis au chapitre 2 pour désigner les kinésithérapeutes du cabinet.

La fin du stage d'Anaïs coïncide alors, sur une semaine, au début de stage de Périne, étudiante en France. Mes prises de notes sont alors sensibles aux différences entre les deux jeunes filles (à une période différente de leur intégration au cabinet). Anaïs est devenue plus autonome avec les patients et elle prend en charge seule ceux qu'elle a déjà vu alors que Périne prend en charge les enfants sous supervision. Si la plupart des exercices réalisés par Anaïs sont ceux qui lui ont été présentés, elle ne consulte pas ses notes avant de les réaliser, marquant par là une capacité à saisir des informations informelles sur ses patients et une possibilité d'adaptation aux situations. Périne, elle, découvre les enfants et est plus en difficulté pour proposer de grandes variétés d'exercices. Ces quelques jours de croisement des deux étudiantes montrent bien qu'Anaïs a acquis une capacité à réaliser les actes thérapeutiques souhaités, alors qu'une autre stagiaire (étudiante française) est en difficulté au cours de ses premiers jours. Malgré cela, Anaïs ne pratique aucun bilan formel de son propre chef (il peut s'agir ici d'un positionnement par rapport au titulaire, à qui elle laisse cet acte). Surtout, je me surprends à l'accompagner au moment de rendre les enfants à leurs parents (quand ceux-ci patientent dans la salle d'attente). C'est un moment délicat où il s'agit de mettre en mot le travail soignant pour les parents. Je note que le discours d'Anaïs reste trop succinct et profane (« *on a joué à la balle* »). Je me sens donc poussé à remettre une distance avec les parents, en inscrivant ces activités dans une démarche thérapeutique tout en mettant en scène une simplification de mon langage (« *il s'agissait d'améliorer la précision des lancers en supination – mains vers le haut- ou pronation -main vers le bas- qu'il a du mal à faire pour son âge* »¹⁶⁴⁷).

Par comparaison, j'ai pu obtenir les notes prises en stage par Fanny, stagiaire effectuant ses études dans l'IFMK local (de province, privé). Originnaire de la région, elle a intégré l'IFMK après un premier redoublement au concours. Son père est ouvrier et sa mère cadre supérieure (cheffe d'établissement du secondaire). Là encore l'accès aux notes n'a pas été prémédité et n'est intervenu que près de deux ans après son stage, sur demande pour compléter cette enquête. Elle a réalisé son stage à la même période scolaire qu'Anaïs, mais un an auparavant (début de 4^{ème} année d'IFMK).

Ses premières notes se font sur un format fort différent d'Anaïs :

Sd acrocalleux ¹⁶⁴⁸ . -W hyperE bb ¹⁶⁴⁹ -Passage bébé dos → ventre
--

¹⁶⁴⁷ Carnet d'observation 07/10/2020.

¹⁶⁴⁸ Le Syndrome (abréviation Sd utilisée par la stagiaire) acrocalleux est une maladie génétique très rare, touchant le cerveau et se traduisant par des malformations, des troubles intellectuels et moteurs.

¹⁶⁴⁹ Travailler (W) sur l'hyperextension (hyperE) du bébé constitue l'objectif de la séance : en cas de faiblesse motrice, comme dans ce cas, il s'agit de pousser le bébé à travailler ses muscles de la face avant du corps, pour ne pas avoir le seul développement des muscles anti gravitaires de la face arrière (le bébé est couché sur le dos, soumis à sa propre pesanteur, ce qui conduit à un écrasement et un renforcement automatique, en réaction, des muscles « postérieurs ». Il s'agit de garder un équilibre en stimulant le développement des muscles « antérieurs »).

-Tourner à G : hyperF H+G. Emmener sur le côté p induire torsion colonne Vt. Attendre que bébé fasse lui-même¹⁶⁵⁰.

-Ramper sur plan bobath : bébé DV¹⁶⁵¹

-HyperF H + ABD à Gauche par ex → montera épaule droite¹⁶⁵²

Notes prises par Fanny à propos d'une séance d'un bébé lors de sa première semaine de stage.

Dès le début du stage, la première évidence est la connaissance et le recours à un vocabulaire « savant », dont la maîtrise est rendue encore plus manifeste par l'utilisation de sigles et abréviations (formant elles-mêmes un répertoire commun que j'ai pu comprendre). A l'inverse d'Anaïs, il y a une mise à distance incorporée du profane (il s'agit de notes pour elle-même), avec un vocabulaire « automatique » illisible pour celui-ci. La soumission à la médecine et l'incorporation de la place dans le champ médical décrites au chapitre 1 et 2 sont ici visibles dans la description de l'enfant : au lieu d'un prénom, elle note ici sa pathologie. Ce bébé est d'abord un cas pathologique adressé par un médecin et, de ce fait, présente des caractéristiques prévisibles. Un savoir (médical) est immédiatement et informellement mobilisé à travers cette assignation. Enfin, comme Anaïs, il y a surtout prise de notes concernant les exercices réalisés. Le ton est cependant différent : ces exercices sont immédiatement notés en rapport avec un objectif prévisible et contrôlable. Si l'idée de noter une gamme d'exercices est présente, elle s'accompagne des points de diagnostics informels à y associer : l'exercice peut être de tourner le bébé sur le ventre, mais cet exercice existe en fonction d'un diagnostic moteur (ce bébé est sujet à des hyperextensions), et se fait selon des points de contrôle (le bébé doit effectuer une flexion et de lui-même provoquer un mouvement de sa colonne vertébrale).

Dès le début du stage, Fanny s'inscrit dans une démarche professionnelle, en mobilisant dans sa prise de note un lexique savant (mais peu autonome de la médecine) et en mettant en exergue des éléments diagnostiques. Les propositions thérapeutiques tiennent certes de la boîte à outils (à rapporter à une formalisation d'une construction de savoir expérientiel) mais ces propositions sont mises en lien avec une théorie (informelle : ces mouvements déclenchent théoriquement tels autres).

Les dernières notes marquent, là encore une évolution durant le stage

Sd Cornelia de Lange¹⁶⁵³

-Hocquet important chez nourrisson. Permet dvpt diaphragme, nerf phrénique et intercostaux.

-L'enfant suit le regard pour rester en relation

-Si ne le fait pas : ne veut pas de relation ou gros pb (autisme, gd dépression maternelle)

-Mouv G → mouv faits par enfant ds ventre de la maman (10^e sem)

¹⁶⁵⁰ Elle décrit ce qu'il se passe quand le bébé est tourné sur la gauche, il réalise automatiquement une hyperflexion (hyperF) de la partie haute et gauche (H+G) du corps. Ce mouvement peut induire une torsion de la colonne vertébrale (Vt), plutôt recherchée ici pour l'amener dans le mouvement souhaité (contrer l'hyperextension en déclenchant des mouvements automatiques d'hyperflexion).

¹⁶⁵¹ Le ramper est un mouvement à faire travailler au bébé, cela se passe sur une grande surface plane appelée « plan de Bobath ». « DV » signifie que le bébé est en « décubitus ventral », c'est-à-dire sur le ventre.

¹⁶⁵² Le déclenchement d'un mouvement d'hyperflexion sur le haut du corps avec de l'abduction (de l'écartement de l'axe du corps) à gauche (HyperF H + ABD) par exemple déclenche chez le bébé la montée de l'épaule droite.

¹⁶⁵³ Le syndrome Cornelia de Lange est une maladie rare, sans doute génétique, avec des troubles intellectuels et des retards de développement.

-Cabotage -PMI

Notes prises par Fanny à propos d'une séance d'un bébé lors de sa dernière semaine de stage.

A la différence d'Anaïs, il n'y a pas de différences notables sur la longueur des notes¹⁶⁵⁴. Le contenu évolue pourtant substantiellement. Si la pensée par pathologie reste présente, le cœur de note n'est plus seulement centré sur la constitution (argumentée) d'une « boîte à outils ». Ici une seule note y fait peut-être référence, « cabotage » (c'est-à-dire début de marche du jeune enfant le long d'un support bas, sans le lâcher). Il est d'ailleurs difficile de savoir s'il s'agit d'un exercice pertinent ou d'un fait observé chez cet enfant. Les autres notes ont trait à des diagnostics et des orientations : le hoquet constaté est attribué à un phénomène normal (qui permet le développement du diaphragme). Cette note marque donc la reconnaissance d'un trait curieux par la stagiaire (ce bébé a un hoquet), et sans doute la réassurance auprès du kinésithérapeute expérimenté (ce hoquet est physiologique). Elle formalise ce savoir expérientiel en se notant que les hoquets sont plutôt à classer comme des signes bénins. Le suivi du regard a une destinée inverse : ce bébé ne suit sans doute pas du regard et cela est anormal, pouvant aiguiller sur certaines pathologies.

Il y a une référence aux « Mouvements Généraux » (mouv G), bilan partagé par les pédiatres et les kinésithérapeutes pédiatriques (chapitre 1), avec une note sans doute complémentaire à son savoir en la matière, ces mouvements démarrent dès la 10^{ème} semaine d'aménorrhée. Sans doute que cette information a été glanée au cours d'un bilan de ce type, pratiqué ou évoqué pour cet enfant.

Enfin la dernière note, « PMI » a trait à une orientation : ce bébé est ou doit être suivi par un service de Protection Maternelle et Infantile. Fanny prend ici en compte la trajectoire du bébé dans le temps (le pronostic est mauvais, il faut un suivi important) et l'ensemble de l'écologie de la santé (un suivi pluridisciplinaire dans une structure adaptée -parmi les existantes- est important).

Autrement dit Fanny a incorporé les techniques lui semblant nécessaires et ne revient plus tellement dessus. Son attention se porte alors sur des éléments diagnostiques plutôt expérientiels saisis à la volée. Elle incorpore alors une position tout à fait particulière et différente d'Anaïs : celle de diagnosticienne s'inscrivant dans une écologie de la santé qu'elle cherche à maîtriser.

La comparaison de ces deux carnets de notes permet d'objectiver des impressions diffuses quant aux approches différentes des stagiaires reçus selon leurs lieux de formation. Ces positionnements se donnent alors à voir en une occasion singulière : la mobilisation de mon parcours universitaire m'a permis de suivre les mémoires de fin d'études d'Anaïs et Fanny et de garder un contact. Aussi nous avons eu l'occasion de boire un verre dans un bar de la ville, tous les trois, en semaine. Ce fut donc un moment précieux de comparaison directe et contradictoire des cursus.

¹⁶⁵⁴ En réalité, l'avant dernière note, avant celle présentée, est un long bilan, suivi de description de quelques séances ayant suivi. Toutefois, au vu de la lecture a posteriori de ce carnet de note, il n'est pas possible de savoir si ce bilan était de sa propre initiative (se différenciant alors d'Anaïs) ou demandé par un tuteur de stage.

Leur positionnement quant au travail de mémoire ressort différemment. Alors que Fanny le décrit comme une occasion d'approfondir son intérêt pour la pédiatrie, Anaïs le décrit comme une corvée « *je l'ai fait parce qu'il fallait le faire mais bon ça n'a rien à voir avec un mémoire en France, j'ai plus travaillé pour mon rapport de stage en pédiatrie que pour ça* » (carnet d'observations, 08/06/2021). Pour Fanny, en dehors de la curiosité ou l'attrait pour la recherche qui peuvent lui être propre, le mémoire de fin d'études à une visée socialisante. Elle a, à cette occasion, rencontré des kinésithérapeutes pédiatriques et plusieurs lui ont offert de travailler avec elle. Elle a pu évoquer ses intérêts et ses projets avec ses tuteurs au sein de l'école et y entretenir son image (le directeur et une enseignante me la décrivent comme « sérieuse »). Si tous les étudiants en France ne profitent sans doute pas de ces opportunités, le mémoire de fin d'étude permet un lien étroit entre la formation hexagonale et la projection dans le métier. A l'inverse, Anaïs se place, d'une part, en position dominée dans la discussion (« *ça n'a rien à voir avec un mémoire en France* ») et ne voit pas, d'autre part, cet exercice comme un outil de socialisation à son futur métier. Si j'ai exprimé le souhait de la suivre à cette occasion, y voyant une opportunité pour mon propre travail de recherche, elle n'a pas cherché d'autres appuis en France. Son unique interlocutrice était sa directrice de mémoire espagnole et toute son attention était tournée vers comprendre les attendus de celle-ci pour obtenir la validation de son diplôme. Il s'agissait pour elle d'une étape obligatoire bien qu'un peu agaçante, avant de tourner sans regret cette page espagnole : « *c'est pas comme ici, c'est très commercial, ils ne peuvent pas faire que ça [de la kinésithérapie] pour vivre, ils font d'autres choses, du Pilates, de la gym, de l'ostéo...* » (carnet d'observations, 08/06/2021). En d'autres termes, l'interface de socialisation que peut constituer le mémoire de fin d'études n'a ici pas de raison d'être mobilisée, ces étudiants ne se projettent pas dans les pratiques de leurs enseignants espagnols.

Au-delà de la vision des études, ces socialisations primaires puis secondaires hétérogènes entre les étudiants en France et en Espagne entraînent des différences d'approches du métier. Alors que les pratiques manuelles finales peuvent sembler similaires, ainsi que le montrent les fins de stages, c'est l'image du métier, la mise en mot de celui-ci et le positionnement en tant que praticien exécutant ou prescripteur qui diffèrent, parfois radicalement. La réponse d'Anaïs lors d'une discussion de fin de stage sur la nécessité de maîtriser les processus pathologiques illustre ce fossé : « *on n'en a pas besoin, il faut arrêter aussi, on fait juste kiné* » (carnet d'observations, 26/10/2020). Les cas de Fanny et Anaïs dessinent alors deux trajectoires expliquant conjointement la position des kinésithérapeutes vis-à-vis de la médecine. Pour Anaïs il s'agit d'un alignement basé sur l'acceptation d'une position auxiliaire. Le kinésithérapeute dépend du médecin pour la description du problème et n'a qu'à se concentrer sur réaliser les bonnes techniques dans le bon cas. Si le kinésithérapeute souhaite de l'émancipation, elle n'a pas lieu d'exister en tant que tel, il faut devenir « kiné-ostéo », et obtenir de nouveaux savoirs « non médicaux ». A l'inverse, pour Fanny, les kinésithérapeutes ont toute légitimité à apprendre et mobiliser le savoir médical. C'est par sa maîtrise qu'une position de diagnosticien doit être reconnue. L'alignement

ici se fait par incorporation de ces savoirs jugés légitimes, dans le but, pourtant, de contester en partie la position d'exécutant assignée dans le champ médical.

La socialisation secondaire des étudiants kinésithérapeutes français à l'étranger entraîne une différenciation de leurs homologues en France. Pourtant des premières phases de rencontres ont lieu à l'occasion des stages. Les différences d'approches du métier peuvent alors être mises en évidence, parfois par les tuteurs de stage (même si ces tuteurs peuvent avoir eux-mêmes été formés à l'étranger) ou, à d'autres occasions, par la rencontre sur sites d'étudiants en IFMK hexagonaux. Devant la hiérarchisation informelle existante (cursus français garant d'un « mérite », métier français qui est celui envisagé), les étudiants à cursus étrangers essaient de réduire la distance aux pratiques hexagonales. Ces situations de stage sont alors l'occasion de constater que ces tentatives fonctionnent en grande partie : des actes thérapeutiques sont réalisés, présentant de grandes similitudes avec les actes français. La socialisation à l'étranger, si elle présente des disparités indéniables, leur a laissé suffisamment de clés pour s'adapter à ce qu'ils perçoivent du métier français. Pourtant, derrière cet alignement pratique, se cache un écart plus informel mais aussi plus structurant : le positionnement dans l'écologie de la santé et les intentions mises sur les actes peuvent différer. Ils se positionnent en quelque sorte comme des techniciens manuels spécialisés tandis que leurs homologues en France (au moins parmi les nouveaux diplômés) s'alignent plus volontiers sur l'exemple médical pour tenter de se positionner comme des professionnels de la motricité.

Les conséquences sont d'ampleur : ces kinésithérapeutes apprennent des savoirs expérientiels à l'occasion des stages similaires à leurs homologues en France, tout en s'appuyant sur des savoirs (tendanciellement plus généralistes) construits indépendamment de ces pratiques et en ayant incorporé un positionnement dominé. Cette situation comparative met à l'ordre du jour la notion de nuances de pratiques prudentielles. Au moins dans leurs premiers temps d'exercice, il existe des pratiques similaires entre kinésithérapeutes, soutenues cependant pas un arsenal justificatif et argumentaire très variable. Ces constats de fins de cursus, construits sur des idéaux-types, n'empêchent pas la constitution ultérieure d'un arsenal théorique plus en adéquation avec la « norme » française et une prise de confiance dans la place sociale et le discours à mener¹⁶⁵⁵. D'ailleurs, Enzo, l'étudiant évoqué dans l'introduction générale, a, dès sa première année d'exercice, passé un diplôme universitaire (en rééducation spécialisée maxillo-faciale) parallèlement à son travail (libéral généraliste, dans son village d'origine selon son souhait). Les premières tentatives de réduction de la distance, essentiellement « pratiques » à l'occasion des stages, ne sont donc pas définitives, et d'autres processus ultérieurs ne sont pas à exclure¹⁶⁵⁶ (y compris via des

¹⁶⁵⁵ Sur les effets socialisateurs du groupe professionnel, malgré des tensions entre générations, voir Nadège VEZINAT, « Le groupe professionnel comme communauté socialisatrice »., *Gérontologie et société*, 39 / n° 153-2, 2017, p. 107-121.

¹⁶⁵⁶ Isabelle Baszanger dénonce avec à propos la vision réductrice de l'opposition entre d'un côté « les étudiants », « sans passé[s], profane[s] », et de l'autre « les professionnels ». La réalité est bien entendu plus proche d'une

apports théoriques complémentaires, plus en adéquation avec les exigences officieuses du métier français).

Pourtant ce constat de différences pose la question du poids du libre-échange, imposé par les politiques européennes actuelles, qui affaiblit les monopoles nationaux sur les diplômes. Les mécanismes de professionnalisation pouvant se dérouler dans le cadre national sont alors affaiblis par la mise en concurrence déséquilibrée (offre de formation pléthorique, moindre contrôle des impétrants) avec des pays à statuts moins établis. En dehors même des luttes pour l'amélioration du statut¹⁶⁵⁷ ou de la question de l'affaiblissement d'un mode singulier d'organisation (professionnelle) du travail¹⁶⁵⁸, ce terrain des kinésithérapeutes questionne le contenu du travail et les capacités, différemment promues, à prendre en compte l'incertitude dans des pratiques soignantes autonomes de fait. Les politiques libérales européennes affaiblissent en ce sens les velléités des kinésithérapeutes français à démontrer l'importance de leur pratique professionnelle prudentielle¹⁶⁵⁹ dans les soins moteurs dont ils s'occupent.

Section 3 Au cœur légitime du groupe professionnel : émergence de promoteurs de changement parmi les étudiants de France

Des nuances existent dans la position professionnelle des impétrants selon leurs capitaux sociaux et leurs lieux de formation. Dans le même temps, les stages communs en France permettent de pointer l'hétérogénéité du groupe professionnel français en place. Parmi les diplômés français encadrant les stagiaires, il est possible de retrouver des profils très « techniciens », en adéquation avec la position administrative d'auxiliaire des médecins, ou des profils plus professionnels. Ce constat peut être mis en relation avec des situations de travail variables (du technicien intervenant à l'appel du médecin, au kinésithérapeute diagnosticien) décrites au chapitre 2 mais aussi avec le processus de « scientification » décrit au chapitre 4 (et ses tensions entre cadres de santé historiques et réformateurs universitaires).

Il est ici proposé que le changement, la volonté de professionnalisation des kinésithérapeutes, soit dû aux modifications globales et profondes d'origines sociales des membres formés en France. Au-delà des pays de diplomation, ce processus est alors mis en tension par les différences entre kinésithérapeutes issus de classes sociales différentes. Les modifications des pratiques se heurtent donc à la réalité du travail du terrain, tel que pratiqué par les membres historiques et parfois poursuivi par des impétrants contournant la formation française. Il y a donc une différenciation entre un frange de kinésithérapeutes jeunes, formés en France, légitimés par une réussite scolaire, le mérite du concours et disposant de capitaux culturels importants et une frange de kinésithérapeutes anciennement formés en France ou

socialisation continue, bien que des temps forts puissent sans doute être mis en avant. I. BASZANGER, « Socialisation professionnelle et contrôle social », art. cit.

¹⁶⁵⁷ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

¹⁶⁵⁸ E. FREIDSON, *Professionalism*, op. cit.

¹⁶⁵⁹ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

nouvellement formés dans des pays à faible sélection scolaire, à plus faibles capitaux scolaires et culturels. Pourtant, malgré ces différences, il n'y a pas, à ce jour, d'opposition à proprement parler : la frange de kinésithérapeutes réformateurs supplante nettement l'autre. Ils sont plus visibles, et leur projet professionnel est perçu comme valorisant, même pour les kinésithérapeutes n'ayant pas complètement incorporé la posture. Il est montré comment, au sein des étudiants de France, une représentation s'organise via la FNEK et s'impose comme la seule à même de représenter la kinésithérapie française du futur. Cette Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes de France est apparue en 2002, à un moment où de nombreux IFMK commencent à recruter en facultés de médecine et où les profils sociaux des étudiants évoluent vers plus d'enfants de cadres supérieurs (chapitre 5). Il sera montré comment ces étudiants engagés s'appuient sur leurs dispositions sociales pour innover et intégrer à l'espace de la kinésithérapie des idées et des attributs professionnels valorisés.

a) Promouvoir le changement : des étudiants qui se pensent comme représentants d'une nouvelle kinésithérapie

Les étudiants français ont des profils sociaux plutôt privilégiés par rapport à la société française en générale et à leurs homologues étrangers en particulier. Pour autant, ces marqueurs sociaux sont difficilement mobilisables directement pour valoriser leur corporation. La professionnalisation dépend pour partie d'une reconnaissance statutaire institutionnelle¹⁶⁶⁰ et doit donc être portée par des entrepreneurs de changement. Cette notion rejoint le travail séminal d'Haroun Jamous sur les réformateurs du système hospitalo-universitaire : « *Existence [de représentants-solution] signifiant plus précisément : formation, par un certain nombre d'individus émanant généralement de la fraction défavorisée d'un système, d'un groupe, institutionnalisé ou informel, qui décide de prendre à son compte la volonté de changement des catégories défavorisées, et s'accorde sur un ensemble cohérent de solutions de remplacement* »¹⁶⁶¹. Ici les étudiants de la FNEK se sentent défavorisés dans le champ médical où leur position n'est en accord ni avec leurs origines sociales, ni avec leur « mérite » scolaire.

¹⁶⁶⁰ Cela renvoie aux moyens qu'a « l'Etat » pour percevoir les rôles légitimes de chacun. La représentation des groupes professionnels a sans doute un impact évident pour informer les acteurs administratifs des situations pratiques durant le travail. Pourtant, même si cela ne sera pas travaillé ici, d'autres canaux existent sûrement, que cela soit via les administrations déconcentrées (les relations intra-administratives entre les différents étages n'ont pas été enquêtées) mais aussi via la conviction propre et personnelle, expérientielle, de chaque acteur administratif. Ainsi, rapportée au chapitre 3, l'expérience hospitalière d'un ancien directeur d'hôpital devenu chef de bureau de la DGOS joue sans doute quand il rapporte que les kinésithérapeutes sont finalement des acteurs trop tournés vers le libéral et les soins de « confort ». L'expérience d'une chargée de mission de la DSS joue sans doute aussi quand elle s'étonne de l'autonomie de « prescription » des kinésithérapeutes qu'elle a constaté par elle-même à l'occasion de soins reçus. Si la logique expérientielle a été mise en évidence dans les processus de décision professionnelle (voir notamment M. GELLY, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale », art. cit.) elle doit sans doute participer aussi à la logique de décision administrative mais n'a pas été enquêtée ici.

¹⁶⁶¹ En dehors de la description détaillée du processus de changement de l'organisation de la médecine hospitalo-universitaire, le dernier chapitre, notamment les pages 167-168, tente d'esquisser une théorie de la constitution de groupes réformateurs. H. JAMOUS, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, op. cit, p. 167-168.

Dans un contexte où les étudiants de France changent, leurs représentants, rassemblés au sein de la FNEK, portent leurs nouvelles aspirations. Cette organisation leur permet d'échanger les idées et de s'organiser pour mettre en place un vrai mouvement réformateur. C'est grâce à cette institution que les codes de la représentation la plus légitime sont partagés, ce qui leur permet de paraître crédibles aux yeux des acteurs de tutelles et d'améliorer les chances d'arbitrages favorables.

Des étudiants dont la trajectoire sociale est incompatible avec la fonction d'auxiliaire

La professionnalisation de la kinésithérapie est à mettre en relation avec les changements de profils sociaux des impétrants. Les étudiants actuels se différencient des représentants les plus historiques. Pour ce faire, une comparaison sera proposée entre représentants étudiants FNEK et représentants ordinaires¹⁶⁶². Les élus étudiants s'imposent à leurs aînés comme des réformateurs, porteurs de projets de reconnaissance de leur mérite scolaire : universitarisation, recrutement calqué sur la médecine et reconnaissance comme profession médicale. Par la même, ils marquent leur domination vis-à-vis des étudiants à l'étranger, qui font figures de tiers négligeables. Ils installent aussi une distance avec les représentants les plus âgés des professionnels en exercice : si ces derniers consentent et appuient les demandes de la FNEK (la légitimité universitaire est un attribut favorable), ils ne sont pas pour autant moteurs, plus concernés par la défense du marché du travail (rôle de « gate keepers » des ordinaires dans les CRAE évoqué plus haut, ou défense de la licence dans les thèses ou de promotion des spécialités évoquées au chapitre 3 pour les syndicalistes). Si un partage du travail entre représentants d'étudiants et de travailleurs peut expliquer ces priorités distinctes, cela n'occulte pas que les préoccupations étudiantes visent à un changement majeur non seulement des études de kinésithérapie, mais aussi de la place de la kinésithérapie dans le champ médical. Porter des changements majeurs des conditions de formation sous-entend, pour ces étudiants, faire de la kinésithérapie une profession médicale à formation universitaire, longue et donnant accès à tout le savoir indispensable à la chaîne diagnostic-pronostic-traitement de la motricité. Il s'agit, pour eux, de transformer le métier pour le conformer à leur image.

La FNEK est une fédération rassemblant les représentants des bureaux étudiants des IFMK français : la totalité des IFMK sont adhérents de droits, bien, qu'en fonction des aléas des participations selon les années, certains IFMK (via leurs bureaux des étudiants) ne fournissent pas de représentants¹⁶⁶³. La participation est bénévole¹⁶⁶⁴ et le processus électif semble se faire principalement par compérage : les

¹⁶⁶² Les élus ordinaires le sont sur notabilité. Le système est celui des grands électeurs : les élus ordinaires locaux élisent les élus ordinaires nationaux. Cela favorise un conservatisme et des représentants d'un âge avancé.

¹⁶⁶³ Il semble que les IFMK les plus dominés soient particulièrement concernés par cette faible participation. Les IFMK pour déficients visuels notamment ne sont pas systématiquement représentés.

¹⁶⁶⁴ Bien que depuis quelques années (tournant 2010), le président de la FNEK prenne une année de césure pendant son mandat et touche quelques indemnités (à hauteur d'une bourse étudiante) pour assurer ses frais de bouche et de déplacement. Il est aussi logé au sein de locaux appartenant à la FAGE, organisation étudiante représentative,

représentants d'IFMK sont choisis par leurs pairs parmi les étudiants « mobilisés » au sein de leurs instituts (un vote formel des étudiants de l'institut peut entériner ce choix). Les candidats sont pressentis par leurs prédécesseurs qui les initient aux œuvres de la FNEK (au niveau des IFMK il s'agit surtout de faire circuler les informations). Le même processus se retrouve au niveau fédéral : les étudiants les plus « motivés », se rendant le plus régulièrement aux événements et participant aux débats, s'auto-reconnaissent et montent des équipes en bonne entente avec leurs prédécesseurs :

« J'avais une copine qui était impliquée dans l'association étudiante kiné de [l'IFMK public hospitalier de province] qui trouvait personne pour aller avec elle jusqu'à Nancy [lieu d'un événement FNEK] et qui m'a proposé et à qui j'ai dit oui. Et en fait je me suis retrouvée dans un endroit avec que des gens qui étaient impliqués dans des assos [...] En fait ça m'a beaucoup plu et je me suis retrouvée un week-end avec des gens qui acceptaient, enfin qui avaient envie de faire bouger les choses dans leur formation et dans leur future profession et je me suis retrouvée notamment avec un ancien président de la FNEK, que je connaissais pas du tout mais qui me dit : « mais tu viens de [cet IFMK public hospitalier de province] mais vous payez 6000 euros par an, mais tu te rends compte c'est pas normal... » Et moi j'étais là, « euh, moi je suis en KI, tu sais, ok c'est pas normal... » Et je pense qu'en fait j'ai eu un déclic et quand je suis rentrée [dans mon IFMK] j'avais envie de tout faire changer »

Entretien avec Eve, ancienne présidente FNEK, bac S mention très bien, père cadre supérieur, mère commerçante, IFMK public hospitalier, 01/10/2018.

« En fait ce qui m'a fait aller à la FNEK c'était des copains qui allaient aux événements. Ils m'ont un peu embarqué là-dedans. Disant « viens on va à la FNEK c'est bien ». J'y suis allée par curiosité pure, et là j'étais vraiment impressionnée de... L'engagement étudiant qu'il pouvait y avoir. Et les personnes que j'y ai rencontré me semblaient exceptionnelles. Et très rapidement donc j'ai parlé au VP [vice-président, statut de la plupart des membres du bureau national chargés de missions spécifiques] international, mais ça s'est fait hyper naturellement en fait. C'est pas moi qui ai décidé d'aller vers lui, c'est je sais pas... Ça s'est fait »

Entretien avec Laure, ancienne membre du bureau national de la FNEK, bac S mention très bien, père chef d'entreprise, mère employée, IFMK universitaire de province, 11/10/2018.

Ainsi le fonctionnement de la FNEK permet une bonne reproduction des profils, par les mécanismes de co-adoption et cooptation informels. Ce sont des étudiants disposant de capitaux culturels conséquents, s'intéressant aux mécanismes politiques et aux enjeux étudiants : la FNEK est d'abord une structure de représentation et défense des étudiants kinésithérapeutes en France, bien qu'elle n'ait pas le statut officiel de syndicat¹⁶⁶⁵. Ces élus sont en réussite scolaire et souvent issus de milieux sociaux favorisés, comme le donne à voir le recensement rétrospectif des présidents de la FNEK :

de centre droit, très en vogue dans les filières de santé (la FNEK étant adhérente de la FAGE). Le cadre général reste donc bénévole mais le poste de président de la FNEK a tendance à être professionnalisé.

¹⁶⁶⁵ Interrogés sur ce statut, la plupart des élus nationaux déclarent trouver ce statut d'association fédérative plus pertinent et plus large que le syndicat. Ils pensent notamment que cela permet de « dépolitiser » les relations avec les ministères (et de se poser comme interlocuteurs modérés et raisonnables, par opposition aux syndicats de travailleurs « de gauche » -FO ou la CGT-). Ils se pensent ainsi plus légitimes pour s'intéresser à des problématiques étudiantes distinctes de leur « simple » défense (malaise étudiant, soutien à la recherche, projets environnementaux). Ils reprennent ici les codes des groupes d'intérêts les plus dominants, non pas dans la simple confrontation « corporatiste » mais dans le modelage d'une meilleure société via des intérêts raisonnables (au meilleur profit, toutefois, de leurs représentés). Ils suivent ainsi le positionnement de la FAGE (à laquelle adhère la FNEK), comme se voulant « apolitique », bien que pouvant en réalité être qualifiée de « réformiste ». Camille PEUGNY, *25 ans de recherches sur la jeunesse (1995-2020)*, Paris, Les Presses de SciencesPo, 2020.

Présidence de la FNEK	Caractéristiques sociales	Eléments de scolarité	Statut IFMK
2021-2022 Homme	Homme, père agent de maîtrise SNCF, mère aide-soignante	Bac S, mention très bien	IFMK public universitaire de province
2020-2021 Homme	Homme, père enseignant dans le supérieur, mère cadre supérieure dans l'assurance	Bac S, mention bien	IFMK public universitaire de province
2019-2020 Homme	Homme, père officier supérieur dans l'armée, mère au foyer	Bac S, mention très bien	IFMK public hospitalier de province, précurseur dans la délivrance de diplôme universitaire
2018-2019 Homme	Homme, père avocat, mère enseignante	Bac S, mention bien	IFMK public hospitalier parisien
2017-2018 Homme	Homme, père ingénieur enseignant-chercheur, mère infirmière	Bac S, sans mention (mais dans un lycée international, section anglophone, suite au travail de son père aux USA)	IFMK public hospitalier de province
2016-2017 Femme	Femme, père ingénieur, mère commerçante	Bac S, mention très bien	IFMK public hospitalier de province
2015-2016 Femme	Femme, père et mère cadres supérieurs dans la banque	Bac S, mention assez bien	IFMK public hospitalier de province en cours de transfert vers l'université
2014-2015 Femme	Femme, CSP parentaux inconnus	inconnu	IFMK privé parisien
2013-2014 Homme	Homme, père prothésiste dentaire, mère aide-soignante	Bac S, mention assez bien	IFMK universitaire de province
2012-2013 Homme	Homme, père éducateur spécialisé, mère orthophoniste	Bac S, sans mention	IFMK public hospitalier de province
2011-2012 Homme	Homme, père infirmier, mère aide médico-psychologique	Bac S, sans mention	IFMK public hospitalier de province
2010-2011 Homme	Homme, père kinésithérapeute, mère professeure des écoles (auprès d'enfants handicapés)	Bac S, mention bien	IFMK privé de province
2009-2010 Homme	Homme, père directeur d'école, mère directrice d'école	Bac S, mention bien	IFMK public hospitalier de province
2008-2009 Homme	Homme, père professeur de physique, mère professeure d'histoire-géographie	Bac S, mention assez bien	IFMK privé parisien

Tableau 50 : récapitulatif des profils sociaux et des IFMK d'origine des étudiants.

Les présidents de la FNEK, à l'instar des étudiants en kinésithérapie français, sont souvent issus de milieux sociaux favorisés. Il est remarquable que, lorsque ce n'est pas le cas, ils soient issus de familles travaillant dans le milieu de la santé ou de l'éducation. Dans ce cas, ces membres sont issus d'une « petite bourgeoisie culturelle »¹⁶⁶⁶ qui connaît les règles du jeu et dispose ainsi d'atouts pour s'imposer dans l'épreuve scolaire permettant d'accéder au cursus français de kinésithérapeute.

Une tentative a été faite, sur le bureau national 2021-2022 de systématiser ces observations de profils aux autres acteurs que les présidents :

Sexe	CSP père	CSP mère	Statut IFMK	Bac	Mention	Latin (secondaire)	Professionnel de santé dans l'entourage	Projets d'études complémentaires
homme	Cadre supérieur	Cadre supérieure	Privé associatif province	S	très bien	oui	non	Master universitaire autre
femme	Cadre supérieur	Cadre supérieure	Privé associatif province	S	NA ou sans ¹⁶⁶⁷	non	non	
femme	Profession intermédiaire	Employée	Public universitaire province	S	NA ou sans	non	oui	spécialisation
homme	Agriculteur	Employée	public hospitalier province	S	NA ou sans	oui	oui	Master universitaire autre
homme	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre supérieure	Privé associatif province	S	très bien	non	oui	Master universitaire autre
homme	Cadre supérieur	Cadre supérieure	public hospitalier parisien	S	très bien	non	oui	
homme	Cadre supérieur	Profession intermédiaire	Public universitaire province	S	très bien	oui	oui	Master universitaire autre
femme	Cadre supérieur	Cadre supérieure	Privé associatif province	S	bien	non	oui	Master Doctorat santé publique
femme	Profession intermédiaire	Profession intermédiaire	Privé associatif province	S	très bien	oui	oui	spécialisation
homme	Ouvrier	Cadre supérieure	Public hospitalier parisien	S	Très bien	non	non	Doctorat
femme	Ouvrier	Cadre supérieure	Privé associatif province	S	Bien	oui	oui	spécialisation
femme	Absent	Employée	Public hospitalier province	ES	Bien	oui	non	Master

¹⁶⁶⁶ Pour reprendre l'expression d'Elie Guéraud, qui caractérise ainsi des membres de la petite classe moyenne de province, travaillant plutôt pour la main gauche de l'Etat et connaissant un certain déclin face à une « petite bourgeoisie économique ». É. GUÉRAUD, « Le mépris comme réassurance sociale », art. cit.

¹⁶⁶⁷ La question portant sur la filière de baccalauréat demandait de préciser la mention. Cette formulation s'est révélée maladroite, empêchant de distinguer les non réponse des baccalauréats sans mention.

homme	Cadre supérieur	Profession intermédiaire	Privé associatif province	S	Très bien	oui	oui	Master
homme	Profession intermédiaire	Profession intermédiaire	Privé associatif province	S	NA ou sans	non	non	Ostéopathie ou spécialisation
femme	Profession intermédiaire	Cadre supérieur	Privé associatif parisien	S	Bien	non	non	Master
femme	Profession intermédiaire	Cadre supérieur	Public universitaire province	S	Assez bien	non	non	spécialisation

Tableau 51 : caractéristiques sociales des répondants membres du bureau national FNEK 2021-2022 (16 répondants sur 26 membres, questionnaire en annexe 4, administré par mail¹⁶⁶⁸)

Les enfants de cadres supérieurs sont donc en nombre important à la FNEK, bien qu'ils puissent y rencontrer des étudiants en ascension sociale, en forte réussite scolaire : dans notre recensement les deux étudiants fils d'ouvriers (mais de mères cadres supérieures) ont un bac S avec mention (bien avec latin pour l'une et très bien pour l'autre).

La création de la FNEK, en 2002, est d'ailleurs remarquablement concomitante avec l'augmentation des sélections via médecine¹⁶⁶⁹ (l'expérimentation mise en place à partir de 1989 s'étend largement au tournant des années 2000), le resserrement des quotas¹⁶⁷⁰ (le minimum historique est atteint en 2000) et la part croissante d'étudiants d'origines sociales favorisées parmi les étudiants kinésithérapeutes¹⁶⁷¹ (chapitre 5). Tout se passe comme si ces étudiants à nouveaux profils avaient ressenti le besoin de créer des lieux de rencontre et d'échange pour peser sur les décisions ayant trait au métier afin de le modeler à leur (nouvel) idéal¹⁶⁷² :

« C'est parce que j'ai appris auprès de gens [de la FNEK] qui m'ont expliqué la kinésithérapie, l'histoire de la kinésithérapie, que je me suis engagé auprès d'eux [...] Avec tout le respect que

¹⁶⁶⁸ Alors que le questionnaire aux étudiants et le questionnaire aux membres du CNOMK ont tous deux été administrés sous format papier, optimisant le taux de répondant, cette situation n'a pu être reproduite pour la FNEK (ce matériel s'est imposé tard dans l'enquête, en période d'épidémie Covid et avec de trop rares dates de rencontres des membres de la FNEK en présentiel). Au vu des faibles effectifs, les données ne sont pas mises en pourcentage comme peuvent l'être celles des membres du CNOMK.

¹⁶⁶⁹ Sylvia Marques rappelle que ce processus de lien de la médecine avec les écoles de santé les plus valorisées (orthophonie, maïeutique ou kinésithérapie) a aussi pour but de conserver au sein du giron universitaire les meilleurs étudiants. Ces étudiants se trouvent être d'abord des enfants des classes moyennes supérieures à capitaux culturels. S. MARQUES, « La réforme de la première année commune aux études de santé », art. cit.

¹⁶⁷⁰ Vanessa Pinto montre que dans un contexte de massification de l'accès à l'enseignement supérieur, le rythme de croissance des effectifs est un indicateur de la sélectivité de la filière et du maintien (ou ici augmentation) d'une endogamie de classe. Vanessa PINTO, « Démocratisation » et « professionnalisation » de l'enseignement supérieur », *Mouvements*, 55-56-3, 2008, p. 12.

¹⁶⁷¹ Bien que l'accès aux écoles les plus demandées soit inégalitaire au vu des différences de possibles scolaires tout au long du parcours, les concours augmentent encore cette ségrégation sociale. Pierre FRANÇOIS et Nicolas BERKOUK, « Les concours sont-ils neutres ? Concurrence et parrainage dans l'accès à l'École polytechnique », *Sociologie*, 9, 2018, p. 169-196.

¹⁶⁷² L'institutionnalisation d'un militantisme étudiant en kinésithérapie est aussi remarquablement à rebours d'une tendance à l'affaiblissement des organisations traditionnelles. Cependant cette baisse de la participation aux élections étudiantes ne signifie pas baisse de l'intérêt pour les politiques étudiantes et la montée en puissance de la FNEK doit être comprise ainsi : plus qu'un lieu de représentation, il s'agit d'un lieu d'échange entre entrepreneurs de changement. Paolo STUPPIA et Tristan HAUTE, « La « démocratie de l'abstention » à l'université : Constante historique ou nouvelle défiance envers la représentation étudiante ? », *Agora débats/jeunesses*, N° 88-2, 2021, p. 7-25.

j'ai pour eux j'ai pas eu l'impression d'apprendre l'histoire de la kinésithérapie à l'école de kiné [auprès des cadres de santé historiques]. »

Entretien avec Antony, ancien élu au bureau national de la FNEK en charge de l'enseignement supérieur. Bac S mention assez bien, père cadre supérieur, mère secrétaire médicale, IFMK public hospitalier de province, 02/12/2021.

Ils créent ainsi un groupe social nouveau, partageant une nouvelle image de la kinésithérapie, en partie distincte de celle des cadres de santé ou des représentants professionnels les ayant précédés, dont des caractéristiques sociales ont été approchées via une enquête auprès des conseillers nationaux ordinaires :

CSP père	CSP mère	Statut IFMK	Bac	Mention	Latin (secondaire)	Professionnel de santé dans l'entourage	Diplômes complémentaires
42,9% de cadres supérieurs	14,3% de cadres supérieures	34,3% IFMK publics	97,1% bac S	0% mention très bien	68,6% oui	31,4% oui	28,6% niveau universitaire complémentaire (master ou doctorat)
28,6% d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprise	5,7% d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprise	57,1% d'IFMK privés	2,9% bac L	11,4% mention bien	28,6% non	65,7% non	22,9% ostéopathes
8,6% de professions intermédiaires	20% de professions intermédiaires	5,7% de diplômés belges		11,4% mention assez bien	2,9% NA	2,9% NA	11,4% cadres
5,7% d'ouvriers	20% d'employées	2,9% NA		77,1% sans mention ou NA ¹⁶⁷³			
2,9% d'employés	28,6% de sans emploi						
11,4% NA ou autres	11,4% NA ou autres						

Tableau 52 : caractéristiques sociales des répondants membres du Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes (2021) 35 répondants sur 38 membres (questionnaire papier, annexe 5)¹⁶⁷⁴.

La comparaison des origines sociales des représentants des travailleurs actuels au CNOMK et des origines sociales retracées des présidents de la FNEK ou des membres du bureau national 2021-2022 (bien qu'ayant un taux de répondant faible) montrent dans tous les cas une forte présence d'enfants de cadres supérieurs (42,9% parmi les conseillers CNOMK). Pourtant, au sein des représentants actuels du

¹⁶⁷³ La question portant sur la filière de baccalauréat demandait de préciser la mention. Cette formulation s'est révélée maladroite, empêchant de distinguer les non réponses des baccalauréats sans mention.

¹⁶⁷⁴ L'analyse genrée a ici été neutralisée, les élections ordinaires se faisant par binômes (tous deux élus) nécessairement homme/femme.

monde professionnel, les enfants d'artisans commerçants et chefs d'entreprise restent eux-aussi très nombreux (28,6% des conseillers CNOMK), alors qu'ils sont quasi absents parmi les représentants FNEK (présidents ou membres du bureau 2021-2022). De la même manière, les bacheliers sans mention sont rares parmi les représentants FNEK alors qu'ils sont bien plus nombreux à ne pas en indiquer parmi les conseillers CNOMK (77,1% des conseillers ne déclarent pas de mention ou ne répondent pas à la question). Si la kinésithérapie est historiquement un groupe professionnel sélectif en France, la comparaison de profils de représentants étudiants actuels et des représentants des kinésithérapeutes en exercice souligne une variation dans cette sélectivité : les représentants étudiants comportent moins d'enfants issus de familles à capitaux économiques au profit d'acteurs disposant de forts capitaux scolaires¹⁶⁷⁵.

Ces caractéristiques sociales, favorables à la possession de capitaux culturels, sont des atouts précieux dans leur rôle de représentation. C'est ce qu'illustre le témoignage d'Hector, ancien président de la FNEK rencontré au début de son mandat, interrogé sur la relation aux « puissants » :

« J'avais déjà fait de la représentation locale, j'ai eu un mandat dans ma fédération territoriale où j'étais à l'enseignement supérieur, donc j'avais déjà eu affaire... Peut-être pas à des ministres ou à des conseillers des ministres, mais à l'université je travaillais beaucoup avec des gens [...] Je travaillais avec des gens de l'université, un petit peu avec la région donc... Du coup j'étais pas particulièrement intimidé. Enfin, je sais pas, la représentation ça allait bien avec mon caractère, j'ai un caractère un peu grande gueule donc ça me pose pas de soucis d'être dans des milieux comme ça. »

Entretien avec Hector, ancien président FNEK, bac S mention très bien, père officier dans l'armée, mère au foyer, IFMK public hospitalier, 04/10/2019

« [Avant d'être au bureau national de la FNEK] j'étais allé voir Najat Vallaud-Belkacem [lors de sa campagne] pour les élections régionales, il y a cette petite tension de savoir comment on va réagir face à ces personnes qui savent prendre la parole. Et est-ce qu'ils vont comprendre nos problématiques et est-ce que ça va les toucher pour qu'ils les prennent en main... Enfin c'est un jeu que j'apprécie beaucoup. Je me rappelle ma première visio avec Olivier Véran [ministre de la Santé] [...] C'est ce petit côté sportif, encore une fois, vivre des émotions, c'est marrant. Maintenant faut pas que ça nous paralyse, ça me paralyse pas, j'ai la chance de ça. Mais il y a le gros côté excitation. »

Entretien avec Aldo, ancien président de la FNEK, bac S mention bien, père enseignant dans le supérieur, mère cadre supérieure, IFMK universitaire, 27/05/2021

Ces présidents FNEK sont surtout des hommes, issus de couches sociales suffisamment favorisées pour rétrécir la distance les séparant des interlocuteurs imposants. Leurs relations au monde médical portent aussi l'empreinte de ces origines et parcours : ceux étant passés par la faculté de médecine ont le plus

¹⁶⁷⁵ Frédérique Matonti et Franck Poupeau, en introduction du numéro des « Actes de la recherche en sciences sociales » qu'ils ont coordonné en 2004, pointent l'importance des capitaux scolaires dans l'engagement militant. Ceux-ci fournissent à la fois un terreau favorable à l'expression des qualités nécessaires à la pratique militante moderne, mais sont aussi au principe de l'engagement militant : « *le capital militant acquis et la position conquise constituent une opportunité de reconnaissance pour des individus vivant un déclassé produit du décalage entre les aspirations liées à une scolarisation prolongée et la réalité de la position (sociale ou professionnelle) occupée* ». Frédérique MATONTI et Franck POUPEAU, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 155-5, 2004, p. 4.

souvent obtenu la discipline reine et ont choisi la kinésithérapie à sa place¹⁶⁷⁶. Leur respect pour la hiérarchie médicale est amoindri par ce capital scolaire et leur appétence à diminuer la tutelle est en continuité avec leurs parcours personnels¹⁶⁷⁷.

Il est aussi notable que les présidents de la FNEK sont très largement issus d'IFMK publics, et, pour nombre d'entre eux, universitaires ou proches de l'Université, ce qui tranche avec les équilibres entre structures de formation en France (avec un nombre d'IFMK publics hospitaliers et privés proche mais des IFMK universitaires très marginaux jusqu'au tournant 2020). Ils sont, en ce sens, les produits et les militants de la méritocratie française. Cela se retrouve alors dans les « combats » portés par la FNEK mais aussi dans les sujets mis de côté :

« La question des étudiants qui partent à l'étranger je ne crois pas [qu'elle ait été posée au sein de la FNEK] [...] Je sais plus si c'était 60 % des diplômés qui... 40 % des diplômés qui étaient des diplômés étrangers, enfin inscrits au tableau de l'Ordre, ouais c'était déjà quelque chose de fort mais... C'est vrai qu'on... En fait, la FNEK elle fédère les assos étudiantes... Des différents IFMK sur le sol français, finalement ceux qui partent étudier à l'étranger on les a jamais... on s'est jamais vraiment intéressé à leur situation. »

Cynthia ancienne présidente FNEK, bac S mention assez bien, père et mère cadres supérieurs, IFMK public universitaire, 19/11/2018.

« En fait, on se basait sur les besoins des gens [des étudiants kinésithérapeutes] à un instant et... ce besoin-là [de travailler sur les étudiants étrangers] n'est pas ressorti. [...] cette problématique-là n'est pas ressortie pendant... pendant mon mandat. Avant j'en sais rien. Mais on en a jamais parlé et, en fait, on les connaissait même pas [les étudiants à l'étranger]. Donc... [...] Et bien ceux qui partent, quand c'était fait, c'était fait, c'est tout. Ils font ce qu'ils veulent. Quand ils posaient la question, on mettait en garde sur les faux instituts entre guillemets, ce genre de chose, sinon on avait pas d'avis »

Entretien avec Michael, bureau national FNEK, étudiant français en IFMK privé de province, Bac S mention assez bien, père et mère commerçants, 28/11/2018.

« Les étudiants à l'étranger, on ne les représente pas. De quel droit nous nous mêlerions des cursus d'autres pays ? S'ils ont des revendications, ils n'ont qu'à s'adresser aux représentants étudiants dans leurs pays [...] Moi je sais pas... Après c'est vrai que parfois on entend dire... on fustige parfois les formations espagnoles ou roumaines »

Entretien avec Arthur, ancien président FNEK, bac S mention bien, père et mère cadres supérieurs, IFMK public parisien, 18/10/2018.

« J'ai été contacté par des étudiants qui, sortis du diplôme du bac, sont directement allés à l'étranger. Ils ont même pas voulu tenter la PACES parce qu'ils savaient que ce serait trop difficile et trop sélectif. Et, du coup, ils ont préféré payer et avoir une place directement, type Espagne, Portugal ou quoi que ce soit... Plutôt que de passer par une année de sélection. Donc moi je pense qu'il y a un gros biais au niveau de ça, parce qu'à l'international certaines

¹⁶⁷⁶ Il n'a pas été possible de systématiser cette observation, parmi les plus anciens présidents une partie étaient issus du concours ou de facultés de médecine ayant mis en place des « pré-filières », c'est-à-dire des jeux d'options formant des concours distincts pour les filières médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie et kinésithérapie. Les classements entre filières sont alors difficiles à établir.

¹⁶⁷⁷ Sur l'importance des parcours personnels dans le militantisme, voir Anne-Catherine Wagner et sa description du rôle des trajectoires d'immigration dans l'accès aux positions de représentation syndicale européenne. Anne-Catherine WAGNER, « Syndicalistes européens: Les conditions sociales et institutionnelles de l'internationalisation des militants syndicaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 155-5, 2004, p. 12.

formations demandent pas de sélection mais demandent uniquement un chèque. Et ça c'est une solution de facilité pour les étudiants qui peuvent se le permettre »

Entretien avec Jean, ancien président FNEK, bac S sans mention (section anglophone d'un lycée international), père cadre supérieur, mère profession intermédiaire, IFMK public hospitalier, 07/11/2018.

Le sujet du contournement de la formation via les migrations européennes n'est pas un objet de préoccupation pour les élus FNEK. Le marché du travail leur apparaît florissant et capable d'accueillir ces étudiants ayant choisi le contournement du concours français. Dans le même temps, le passage victorieux de cet obstacle scolaire les place en position dominante vis-à-vis des diplômés de l'étranger. Ces derniers sont donc des tiers négligeables, bien qu'ils puissent être saisis comme prétextes pour pousser les problématiques plus au cœur des préoccupations FNEK :

« Euh alors... Moi je connais pas du tout le fonctionnement universitaire européen. Le seul que je connais un petit peu c'est le modèle anglo-saxon [...] [interrogé sur les flux d'étudiants français se formant à l'étranger] Déjà il y a le côté financier... Pur et dur, les études de kiné en France sont trop chères... quand on compare au reste de l'enseignement supérieur... On a une moyenne qui est à 4700 euros par an... Pour un étudiant en France, plus le coût de la vie etc. Ce qui fait que, de base, beaucoup de personnes qui voudraient faire kiné n'ont même pas accès au seuil d'entrée dans ces écoles parce que c'est trop cher. »

Entretien avec Jean, ancien président FNEK, bac S sans mention (section anglophone de lycée international), père cadre supérieur, mère profession intermédiaire, IFMK public hospitalier, 07/11/2018.

Quand la notion de cursus étranger est évoquée ce sont les modèles favorables qui sont immédiatement sollicités : les modèles anglo-saxons. Une fois la question reformulée et recentrée sur le cas des français allant étudier à l'étranger, la réponse de Jean est éclairante : il s'agit d'abord d'un problème de coût de la formation en France. La sélectivité scolaire du concours, qui fonde son mérite, n'est pas en question. A l'inverse, le coût qui lui est demandé (il est à titre personnel dans un IFMK public payant) est, lui, problématique. Ces étudiants à l'étranger, faute de réellement les intéresser, peuvent éventuellement servir d'argument pour promouvoir leurs idées de réformes de la formation française.

Le même mouvement est retrouvé chez Hector, autre président de la FNEK, interrogé sur cette sélectivité de l'entrée en kinésithérapie :

« L'enseignement supérieur est censé être un levier d'émancipation... Et pas de reproduction sociale et donc, du coup, rien que pour ça, pour que tout le monde puisse avoir le même accès aux études de kinésithérapie... Enfin même pour toutes les études, mais nous c'est les études de kinésithérapie, on se bat pour les frais universitaires mais aussi pour éviter la précarité étudiante, l'endettement dans les études. Eviter que les étudiants n'aient pas le libre choix de où ils vont exercer plus tard quand ils seront diplômés parce que si quelqu'un a un prêt à rembourser [il est limité dans ses choix] [...] On s'est rendu compte qu'avant PACES, pour kiné, il y avait le concours PCB, Physique Chimie Biologie, dans beaucoup d'IFMK. On s'est rendu compte que les concours comme ça, ça favorisait la sélection sociale par la préparation privée, par les années de prépa qui étaient pas reconnues etc. Le concours a été supprimé en 2015, maintenant c'est passage obligatoire par une première année universitaire... C'est une première étape pour diminuer la sélection sociale. Même s'il y en a toujours malheureusement. »

Entretien avec Hector, (pour mémoire, ancien président FNEK, bac S mention très bien, père officier supérieur dans l'armée, mère au foyer, IFMK public hospitalier, 04/10/2019).

Là encore, à l'image des migrations, la sélectivité sociale de la kinésithérapie n'est pas un problème pour la FNEK : elle est un argument. La sélection universitaire, notamment liée à médecine, est perçue comme plus prestigieuse que le concours privé, elle est donc proposée comme plus démocratique et à même de limiter la ségrégation sociale.

Le problème principal des étudiants en France est celui de la reconnaissance de leur mérite : ils ont « réussi » médecine et sont considérés pour autant comme des auxiliaires à former dans des écoles de santé souvent payantes. Pour lutter contre ces « injustices »¹⁶⁷⁸, ils argumentent que les étudiants à l'étranger le sont d'abord à cause du coût des études en France (il faut le diminuer) et que la ségrégation à l'entrée en kinésithérapie est d'abord due aux concours privés (il convient de rajouter une année de formation commune à la médecine). Les non-combats de la FNEK sont tout aussi éclairants que leurs sujets de prédilection : l'objectif est d'abord d'obtenir une « juste » reconnaissance et un statut en adéquation avec leur trajectoire scolaire :

*« De par l'évolution de notre formation vers un **niveau plus élevé** (5 années d'études, une formation à niveau **master**, un accès facilité à la **recherche** etc.), la FNEK souhaite voir passer le statut d'auxiliaire médical des masseurs-kinésithérapeutes vers un statut de **profession médicale** à compétences définies dans le Code de la Santé Publique. »*

« Contribution »¹⁶⁷⁹ de la FNEK sur la réforme de l'entrée en études de santé p14, 05/11/2018 (nous soulignons en gras).

*« Ce qu'on veut concrètement, c'est que tous les instituts soient intégrés à l'Université pour des questions de logique en rapport avec notre formation et **notre place** dans l'enseignement supérieur. [...] J'ai pas parlé de « qualité », j'ai parlé de « place » dans l'enseignement supérieur. En fait... Ça c'est le lien entre l'étudiant et factuellement le système, pas réglementaire mais **la hiérarchie et la classification de notre filière** dans l'enseignement supérieur. En fait dans le code de santé publique, dans les textes de lois on a une place. Et **notre place, actuellement, elle ressemble à rien.** »*

Marion, bureau national FNEK, étudiante française en IFMK privé parisien, bac S mention bien, père PDG, mère directrice du privé, IFMK privé parisien (nous soulignons en gras), 20/05/2019.

¹⁶⁷⁸ Marie Duru-Bellat et Elise Tenret ont étudié le rôle de l'école dans l'établissement d'une croyance dans le mérite. Par effet de socialisation mais aussi d'investissement, elles analysent que les étudiants engagés dans les études les plus sélectives sont ceux qui accordent le plus de place au mérite scolaire : « *Au total, les entretiens révèlent une adhésion assez forte à la méritocratie scolaire, et l'importance, sur ce jugement, des trajectoires individuelles* ». A noter, cependant, qu'un effet de « libération » est parfois perceptible, par le fait que l'école permet une déconstruction des hiérarchies sociales et surtout par une critique du manque d'articulation entre mérite scolaire et mérite dans le travail (l'école ne serait pas capable de sanctionner tous les mérites utiles dans le travail). Pourtant, malgré ces critiques, notamment pour les étudiants dont la position sociale dépend du diplôme, « *ce ne sont donc pas avant tout les compétences signalées par le diplôme qui lui donnent sa valeur, mais les efforts et les sacrifices qu'il a nécessités* ». Les étudiants kinésithérapeutes en France sont donc particulièrement susceptibles d'adhérer à l'idée de justice dans une distribution sociale opérée selon le mérite scolaire. Marie DURU-BELLAT et Elise TENRET, « L'emprise de la méritocratie scolaire : quelle légitimité ? », *Revue française de sociologie*, 50-2, 2009, p. 229.

¹⁶⁷⁹ Ces contributions suivent le format de dossiers de presse, accessibles sur le site de la FNEK : <http://www.fnek.fr/presse/dossiers-de-presse/> (accessible le 22/04/2022).

« Je veux continuer à me battre pour les autres, pour porter le point de vue des étudiants kinés, faire en sorte qu'on puisse avoir notre place dans le système de santé, dans les réformes de l'enseignement supérieur etc... montrer à la France que la kinésithérapie c'est pas une petite filière, c'est pas une sous-filière de santé. »

Entretien avec Hector.

Si la position officielle de la FNEK précise les revendications en termes de reconnaissance, c'est les entretiens avec ces étudiants qui permettent de comprendre ce qui les sous-tend : la place des kinésithérapeutes n'est pas en adéquation avec leur mérite. Cette priorité donnée au renforcement du prestige de la filière se donne à voir à travers la position sur les ouvertures d'IFMK français : alors que les flux d'étudiants à l'étranger n'intéressent que marginalement ces représentants FNEK (ils ne sont pas tout à fait assimilables à eux), l'ouverture d'IFMK dans des secteurs peu universitaires, loin des facultés de médecine et sur un modèle infirmier est bien plus dénoncée :

« La création de nouveaux IFMK a été synonyme de frais de scolarité élevés ou d'un contrat d'apprentissage contraint pour les étudiants kinésithérapeutes ainsi que de l'absence quasi totale de services étudiants (restauration, logement, bibliothèque, sports, activités culturelles, services médicaux et sociaux). »

Contribution de la FNEK sur « les étudiants en masso-kinésithérapie, citoyens et professionnels de santé de demain, p4, décembre 2021

*« On est contre l'ouverture de nouveaux IFMK parce qu'on privilégie l'investissement dans les IFMK qui existent déjà. On est pas contre l'augmentation du nombre de kinés sur le territoire, parce qu'on se rend bien compte qu'il y a pas assez de kinés en France. Mais on est contre le fait d'ouvrir des IFMK dans des **patelins paumés**. Nevers, c'est quand même pas une grande ville, je connais. L'ouverture des IFMK comme les antennes à Rodez ou à Mulhouse c'est pas... pour nous ça ne permet pas une bonne inclusion des étudiants parce qu'en fait quand on va mettre des étudiants dans une ville isolée ou il n'y a pas de services universitaires, **c'est des étudiants qui vont pas avoir le même cursus que dans une ville universitaire.** »*

Entretien avec Hector (nous soulignons).

Dans ce cas-là, le problème n'est pas simplement ignoré, la FNEK a une position officielle : elle est opposée aux ouvertures hors des grandes agglomérations. La thématique du bien-être et de l'aide sociale aux étudiants est mobilisée pour dénoncer une perspective dangereuse pour le prestige de la filière : il s'agit d'éviter d'en faire une formation technique accessible partout sur le territoire. La kinésithérapie est pensée comme universitaire, savante et nécessairement apprise dans les métropoles les plus attractives, sièges des structures d'enseignement supérieur les plus prestigieuses¹⁶⁸⁰.

La valorisation des études en kinésithérapie passe alors par deux combats prioritaires : l'universitarisation (au sens de rapprochement avec ses filières prestigieuses, notamment médecine) et la gratuité du cursus.

¹⁶⁸⁰ En cela, ils s'alignent sur l'argumentaire médical, notamment visible à travers la prise de position d'Isabelle Richard (PU-PH de médecine physique) et Jean Paul St André (PU-PH anatomo-pathologiste et futur président de l'Université d'Angers) : s'il faut irriguer le territoire en médecin, leur formation doit rester dans les grandes villes pour pouvoir y mener une recherche médicale efficace. I. RICHARD et J.-P. SAINT-ANDRE, « Études de médecine », art. cit.

« Nous, on aurait bien aimé que ça reconnaisse le MMOPK [Médecine-Maïeutique-Odontologie-Pharmacie-Kinésithérapie], malheureusement ce qu'il se passe, c'est que les filières MMOP c'est des filières médicales, la filière de kinésithérapie, c'est une filière paramédicale. Qui sont des auxiliaires médicaux dans le code de la santé publique. Il y a un fort lobbying de plein d'endroits, des ministères, des acteurs du monde de la santé etc ; pour que les kinés ne soient pas reconnus profession médicale, alors que nous, à la FNEK, on souhaiterait devenir une profession médicale à compétences définies, c'est une position qu'on a depuis très longtemps. »

Entretien avec Hector.

« Nos études ont des coûts très différents en fonction des instituts. Une des plus grosses revendications de la FNEK, c'est de se battre contre la différence de frais de scolarité, truc qu'on ne voit pas à l'université par exemple, toutes les universités c'est la même tarification en fonction des études. »

Entretien avec Laure, bureau national FNEK, Bac S mention très bien, père cadre supérieur, mère employée, IFMK public universitaire, 11/10/2018.

Le combat pour la gratuité est bien sûr un but en soi : ces étudiants ont joué le jeu scolaire, il leur apparaît donc illégitime de leur demander de payer leur formation. Mais il s'agit moins d'obtenir un financement des IFMK à statuts constants que d'obtenir une universitarisation plus complète de ceux-ci. Cette universitarisation apporte une reconnaissance symbolique en soit, mais elle est préférablement pensée en relation avec les filières dominantes du champ médical. C'est ainsi que mes interlocuteurs de la FNEK évoquent l'universitarisation dans un cadre « MMOPK », c'est-à-dire le rattachement aux filières de santé les plus prestigieuses¹⁶⁸¹. Il s'agit que cette universitarisation entérine pour les kinésithérapeutes leur détachement définitif des professions auxiliaires, symbolisées par les infirmières, et le rattachement aux professions médicales.

Les sujets pris à cœur par la FNEK tiennent donc beaucoup à l'identité biographique de ses dirigeants successifs mais aussi à leur projection dans l'exercice professionnel. Lors d'une assemblée générale de la FNEK où j'ai pu être invité (07/09/2019, dans les locaux d'un IFMK privé de province, plus ou moins 80 participants, membres du bureau et représentants des différents IFMK français), les deux thèmes principaux discutés étaient ainsi « de meilleures conditions d'études » (notamment la baisse des frais d'inscription en IFMK et leur alignement sur les frais d'inscription à l'Université) et « les perspectives post-DE » (post diplômé d'Etat, c'est-à-dire la préparation de la carrière). Lors de l'AG, les débats ont notamment porté sur « *les mesures coercitives à l'installation* », suite à l'adoption de l'avenant 5 décrit au chapitre 3. Tout en s'interdisant d'intervenir trop directement dans ce débat concernant les acteurs

¹⁶⁸¹ Une illustration de cette définition « réduite » de l'universitarisation est possible avec le cas du rapprochement refusé avec STAPS. Ainsi, en février 2022, un projet de fusion entre un IFMK et une UFR STAPS de province a été mis à jour et publiquement dénoncé par la FNEK et l'association étudiante de l'IFMK en question. Le communiqué de presse, publié sur le réseau social de l'association au 15/02/2022, précise : « *a été mentionnée une fusion de l'UFR STAPS [...] avec [l'IFMK]. Cette fusion interroge et inquiète considérablement les étudiant.e.s [...] en kinésithérapie. [...] Il semble important, voire fondamental, qu'un laboratoire de recherche ainsi que des postes d'enseignants chercheurs soient créés [...] [Cependant] les similitudes qui peuvent exister entre les études de kinésithérapie et les études de STAPS sont insuffisantes pour justifier une telle fusion. A l'inverse, les différences nous semblent trop importantes pour que ce projet puisse avoir une pertinence suffisante pour s'y engager. »*

« professionnels » (« *on n'est pas un syndicat* »), cette problématique est importante pour les étudiants s'investissant à la FNEK¹⁶⁸². Depuis 2019, cette position est d'ailleurs plus assumée, avec l'apparition d'une vice-présidence consacrée aux « *perspectives professionnelles* » :

« C'était cyclique et à chaque fois il y avait notamment le comité de veille¹⁶⁸³ qui montrait les statuts en disant « non, non, nous c'est la formation, c'est pas les professionnels, c'est comme ça, ça a été décidé ce n'est pas pour rien ». Et il y en a quelques-uns et notamment des gens comme Arthur [et d'autres], des personnes comme ça qui eux ont dit « non on veut faire changer ça ». Et justement sur [une AG de la période 2018-2021] [...] il s'est décidé plusieurs choses, dont de se positionner sur les perspectives professionnelles »

Entretien avec Guy, ex membre du bureau national de la FNEK, bac S mention bien, père cadre supérieur, mère médecin généraliste, IFMK privé de province, 30/12/2021.

Sous l'impulsion de deux bureaux successifs, dirigés par deux présidents se détachant de par leurs caractéristiques sociales (Arthur, fils d'un avocat parisien, bac S mention bien, suivi par Hector, fils d'un officier supérieur, bac S mention très bien), la FNEK s'affranchit plus officiellement de sa réserve officielle quant aux enjeux portant sur le travail qui les attend. Ces étudiants assument alors pleinement que leurs revendications soient directement liées à la position sociale à laquelle leur formation les destine.

L'apparition de la FNEK dans le jeu de la représentation des kinésithérapeutes ne peut être pensée indépendamment de l'évolution des origines sociales des impétrants. Au sein de ce pool d'étudiants, les « *fnekars* » comme ils s'auto-désignent parfois, montrent un condensé des dispositions sociales de ces nouveaux kinésithérapeutes : majoritairement issus de familles de cadres supérieurs ou de familles de travailleurs de la santé en ascension sociale, ils ont apprivoisé le jeu scolaire et ont fortement intégré la notion de « mérite ». Forts de ces marqueurs et intéressés par la chose publique, ils choisissent leurs combats prioritaires, qui tournent tous autour de la reconnaissance de leur statut de gagnants de la

¹⁶⁸² Cette dissonance entre une préoccupation importante et une faible opposition envers les restrictions à l'installation libérale reste troublante. Quelques éléments d'explications peuvent être retrouvés dans les débats entendus lors de l'AG de septembre 2019 : d'une part il s'agissait de s'assurer que les étudiants en France conserveraient bien un avantage compétitif vis-à-vis des étudiants à l'étranger. La mesure de zonage via l'avenant 5 leur semblait en ce sens plus favorable qu'une régulation comme l'obligation faite aux étudiantes infirmières de travailler deux ans à l'hôpital avant de pouvoir être conventionnées (à noter que, pour les infirmières, les deux régulations zonage + temps hospitalier s'appliquent). En effet, dans ce dernier cas, la situation des européens bénéficiant d'autorisations d'exercice serait en question : étant réputés autorisés à exercer ils ne pourraient peut-être pas être contraints à un premier temps d'exercice hospitalier (à l'inverse des diplômés en France) : « *déjà que la formation [en France] est plus longue, si en plus ils n'ont pas besoin de faire ces années à l'hôpital ils vont rentrer et prendre les places [en libéral]* » (carnet d'observation, 07/09/19).

L'autre contrainte perçue par les étudiants de la FNEK est celle du positionnement vis-à-vis des syndicats de professionnels. La « cohésion » (affichée) du groupe professionnel est une préoccupation importante pour eux, car elle leur semble une nécessité pour obtenir des concessions de la part des « pouvoirs publics ». Il s'agit alors de ne pas fâcher un autre segment de représentation des kinésithérapeutes en semblant empiéter sur leurs prérogatives. L'importance prêtée à la cohésion du groupe professionnel semble l'emporter ici sur l'inquiétude et les velléités à s'immiscer dans le débat.

¹⁶⁸³ 3 élus qui sont chargés de vérifier les positions historiques de la FNEK sur les sujets à traiter.

compétition scolaire¹⁶⁸⁴. Leurs caractéristiques sociales ne sont pas sans rappeler le cas des étudiantes assistantes sociales originaires des classes supérieures (plutôt minoritaires dans leurs formations)¹⁶⁸⁵ : il s'agit d'étudiantes cherchant à valoriser leurs capitaux culturels par l'obtention d'un titre scolaire protégé mais de second rang. Pourtant, ici, il ne s'agit pas uniquement d'un « reclassement » social et scolaire suite à des trajectoires descendantes, mais bien d'un investissement dans une activité pensée comme « à potentiel » : la sélectivité favorise un entre-soi favorable, justifie le sentiment de mérite et le contenu du travail leur semble suffisamment « distinguable » pour être promu. Leur mobilisation confirme autant les théories bourdieusiennes du déterminisme social qu'elle contribue à rendre visible les mécanismes en jeu. Les habitus et capitaux sont indiscutablement hiérarchisés par l'école, mais, dans le même temps, l'institution scolaire n'est pas un mécanisme neutre perçu uniquement par les mobilités sociales qu'elle autorise. Ce sont les acteurs qu'elle adoube et regroupe par ses classements qui s'organisent et revendiquent la reconnaissance que la fiction méritocratique leur a promis. Ils contribuent alors à renforcer et distinguer la filière scolaire qui les a reconnus. Ces étudiants méritants produisent alors des représentants qui apprennent et transmettent les codes de la mobilisation convenable en rapport avec la position sociale convoitée.

Devenir représentant : incorporer les codes légitimes et le savoir-être

Les étudiants kinésithérapeutes s'organisent en association fédérative et revendiquent une meilleure reconnaissance de leur filière. Pourtant, la FNEK est une institution de passage, les membres n'y entrent qu'après une ou deux années d'études de la kinésithérapie, nécessaires à leur socialisation, et en ressortent à l'issue de leur diplôme¹⁶⁸⁶. Autrement dit, ces étudiants doivent organiser des rites de passage et de transmission des savoir-faire accumulés pour faire perdurer cette représentation. A ces occasions les successeurs sont sensibilisés aux codes légitimes pour rencontrer les administrations centrales et les élus politiques. En dehors de la représentation, les étudiants de la FNEK font aussi montre de procédés de mobilisation qui rappellent leur appartenance aux couches favorisées de la société française (ou a minima à une petite bourgeoisie intellectuelle) : discussions rationnelles, argumentations par rapports,

¹⁶⁸⁴ François Dubet analyse ainsi le programme institutionnel d'éducation. Il est basé sur une « fiction nécessaire » fondamentale qui est la croyance en la méritocratie : l'école est égalitaire et laisse sa chance à tous. Les exclus successifs des différentes phases de la sélection scolaire n'ont ainsi qu'à s'en prendre à eux-mêmes et accepter ce verdict scolaire. A l'inverse les gagnants de la sélection scolaire ont droit à des places sociales favorables. F. DUBET, *L'expérience sociologique, op. cit* ; François DUBET, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

¹⁶⁸⁵ Ruggero Iori parle de « reclassement » pour expliquer la présence de 26% de filles (métier d'abord féminin) issues des classes supérieures dans les formations d'assistante sociale. Il montre que ces trajectoires s'expliquent par des capitaux familiaux assez récents (en explorant les origines sociales des grands parents), ce qui est possible (mais non exploré) pour les étudiants kinésithérapeutes. La différence ici porte par contre sur le pourcentage d'enfants de cadres supérieurs (supérieur à 40%) et le genre, s'agissant bien plus souvent d'hommes. Ruggero IORI, « Des « héritières » dans la formation d'assistante de service social ? Aspiration au travail social et reclassement », *Revue française de pédagogie*, 195, 2016, p. 37-50.

¹⁶⁸⁶ Les statuts autorisent des membres diplômés depuis moins de deux ans. Dans les faits, ces membres titulaires du diplôme sont rares et plutôt destinés au « comité de veille », chargé de rappeler les statuts et décisions historiques de la FNEK, afin d'éviter des changements de position trop brutaux et fréquents.

négociations et recherches d'alliés parmi les interlocuteurs ou les autres représentants étudiants, campagnes de presse et recours au judiciaire au besoin. Cela signe autant un habitus de classe que cela joue sur l'image de la kinésithérapie aux yeux des interlocuteurs, notamment ministériels, et contribue sans doute à expliquer les évolutions récentes en termes de valorisation de la formation.

Le premier enjeu pour une association étudiante est la gestion du turn-over régulier d'étudiants. La FNEK n'échappe ainsi pas à la règle :

« Déjà le premier objectif c'est la pérennité, c'est que notre mandat permette de continuer les projets qui ont déjà été lancés et que ça ne soit pas un frein ou un arrêt de la structure ça c'est le scénario catastrophe, nous on veut que ça perdure. Après, moi, mon engagement, je veux continuer à me battre pour les autres pour porter le point de vue des étudiants kinés, faire en sorte qu'on puisse avoir notre place dans le système de santé, dans les réformes de l'enseignement supérieur etc... montrer à la France que la kinésithérapie c'est pas une petite filière, c'est pas une sous-filière de santé, c'est pas parce qu'on est paramédicaux qu'on a pas une place importante dans le système. »
Entretien avec Hector.

Les inclinaisons pour certaines thématiques (place dans le système de santé, valorisation des études) au sein de la FNEK sont très stables dans le temps rappelant la forte capacité de reproduction de ses membres. Mais, plus encore, ces étudiants (qui ne restent généralement au niveau national de la FNEK qu'une seule année, souvent précédée d'une année comme représentants de leur IFMK) ont mis en place des procédures remarquables de suivi des thématiques et d'apprentissage des techniques de représentation. Pour parvenir à peser de manière continue sur leurs dossiers, ces étudiants disposent d'une « mémoire », en l'occurrence un « comité de veille » chargé de gérer les archives et de rappeler les positions antérieures de la FNEK sur des sujets en débat. Si adopter une nouvelle position n'est pas interdit, ce recours à un « comité de veille » rend le procédé coûteux : il faut avoir une bonne raison de s'opposer aux conclusions et positions des prédécesseurs. Au-delà d'un intérêt de continuité de la position publique, cet investissement dans un lien entre prédécesseurs et successeurs est un instrument mobilisé pour engranger de l'expérience et améliorer les savoir-faire des étudiants FNEK en matière d'action publique. La FNEK s'est ainsi dotée d'une large gamme de « formations » internes, assurées par d'anciens membres, visant à transmettre les codes utiles à la vie de militant associatif¹⁶⁸⁷ :

« Matériellement [en tant que membre du bureau national de la FNEK] il faut produire beaucoup de choses, beaucoup de contenus, j'ai... Je dois écrire des rapports régulièrement. Répondre aux questions des étudiants, aller aux très nombreux rendez-vous de représentation, euh au ministère, internes à la profession... Il faut que je sois tout le temps au courant de tout, je dois surveiller ce qu'il se passe sur les réseaux, les questionnements... Les avancées politiques, je dois aussi comprendre un peu les jeux politiques. Euh... Et je dois connaître sur

¹⁶⁸⁷ Les séquences de formation au sein des syndicats étudiants ont été étudiés par Julie Le Mazier. Si ces événements sont des lieux d'acquisitions d'outils militants et d'alignement sur la ligne syndicale, ils restent néanmoins fortement liés aux capitaux préalables des membres et au processus d'imitation lors du reste de la vie militante. Julie LE MAZIER, « Les formations à la prise de parole en public: Un indicateur du façonnage organisationnel dans deux syndicats étudiants », *Agora débats/jeunesses*, 77-3, 2017, p. 41.

le bout des doigts la formation, les avantages, les inconvénients... les possibilités de développement et faire ce que je peux quoi [...]

En fait on devient pas formateur en quelque chose, on a un panel assez large, fonction de l'expérience qu'on a. Donc au début on commence par des missions assez simples sur du fonctionnement associatif ou de la communication... orale... Des choses de base en fait. Et après on développe son panel. Aujourd'hui, j'ai assez de recul, d'évènements de formation pour, au sein du pôle formateur, former sur aussi bien de l'international que du scientifique que du... De l'associatif de base. »

Entretien avec Marion, bureau national de la FNEK devenue formatrice à la FNEK, Bac S mention bien, père PDG, mère directrice du privé, école privée parisienne, 20/05/2019.

« Hector m'a suivi en rendez-vous un peu moins d'un mois [après mon élection] et on faisait des retours d'expérience, est-ce que tu as réussi à répondre à la question... Typiquement j'ai un exemple tout bête, premier rendez-vous au ministère de l'Enseignement Supérieur, [...] [je me suis retrouvé en difficulté sur une question], je m'en suis sorti et ça c'est un retour qu'on m'a fait, où je me suis senti très mal à l'aise sur le moment parce que... Pris... en défaut. Mais j'en m'étais sorti en donnant la parole aux autres personnes et en donnant les différents points qu'elles avaient abordé... Typiquement sur ce genre de posture c'était important d'avoir des retours et Hector qui me dit ben oui comment me tenir, tatati. De toute façon, on a une formation aussi en amont. Là, typiquement, on est déjà en train de former les prochains à la posture du bureau national. A la manière de s'exprimer. Aux biais qu'on peut avoir en rendez-vous, une pente glissante, une personne qui va partir de A pour aller au point B et trouver des sens logiques en essayant de nous faire avaler n'importe quoi alors que c'est pas du tout la réalité des faits. »

Entretien avec Aldo, ancien président de la FNEK, bac S mention bien, père enseignant dans le supérieur, mère cadre supérieure, IFMK universitaire, 27/05/2021.

Ces événements de formation, incontournables pour prendre des positions dans le bureau national de la FNEK, ainsi que l'imitation des prédécesseurs durant les phases de « compagnonnage » systématiquement rapportées, permettent d'adopter des codes spécifiques et distinctifs. Ainsi, lors de l'AG FNEK de septembre 2019, j'ai observé l'organisation quasi professionnelle des débats et prises de parole, le côté codifié ou presque artificiel du mode d'argumentation : les propos étaient excessivement polis y compris sur des avis opposés. Les interventions se concluaient toujours en redistribuant la parole à un autre étudiant. Des recherches de supports aux propos étaient souvent recherchés (appels à des positions historiques de la FNEK, à des travaux ou des rapports sur les questions etc). Les timings étaient mesurés par des étudiants extérieurs aux débats et ceux-ci étaient très respectés, les séparations sur désaccord, sans choix, étaient alors acceptées avec le sourire. De fait, ces cas ont semblé rares et la recherche permanente du consensus est la règle. Ces attributs sont ceux d'une jeunesse aisée, habituée à manier les mots et les pensant comme des armes de premier plan pour s'imposer. S'ils suivent en cela la composition socio-professionnelle générale des étudiants kinésithérapeutes en France, ils font montre de quelques particularités.

Ainsi, lors d'un enseignement de travaux dirigés que j'ai donné dans un IFMK privé du sud de la France (TD de construction d'un questionnaire, 01/12/2021), un étudiant ré-organise le travail demandé à sa façon, argumente mes propositions, semble agacé quand je lui coupe la parole, mobilise un vocabulaire non proposé pour reformuler mes conseils (je lui demande de prendre en compte les « caractéristiques

sociales » de ses patients dans les questions à poser pour analyser par questionnaire les résultats d'une rééducation, il me répond qu'il a bien pensé « à la validité externe » mais qu'il s'en occupera plus tard). Lors de la présentation orale du questionnaire réalisé (lors d'un travail de groupe), il s'impose à la fois comme leader du groupe et fait la présentation, tout en veillant à respecter les codes du partage de parole en sollicitant formellement ses camarades¹⁶⁸⁸. Ceux-ci déclinent le plus souvent et il fait la majorité de la présentation sur un sujet qu'il a finalement, de fait, imposé et présenté en suivant des codes, un peu artificiels, m'évoquant mes entretiens et observations FNEK. Cette sensation est confirmée à la fin de l'enseignement quand il vient me voir pour se présenter comme membre du bureau national. Si ces camarades se distinguent aussi par un sérieux, un calme et une implication dans le travail académique exigé, quelques signes distinguent donc le « fnekard » ayant acquis quelques codes spécifiques de communication en sus de son habitus d'étudiant en réussite scolaire.

Cet apprentissage de la distinction se double d'un apprentissage des moyens légitimes de mobilisation. Ainsi, les manifestations peuvent être utilisées, il y en a eu deux durant l'année 2012-2013, mais celles-ci sont plutôt considérées comme des pis-aller face à l'échec :

« Je me suis dit allons découvrir, allons voir, pourquoi cette injustice de ne pas vouloir reconnaître la pleine mesure des kinésithérapeutes et de ne pas voir que la profession évolue avec cette 4^{ème} année de formation. Donc j'avais vraiment envie de comprendre ça, de travailler sur la nouvelle maquette et de comprendre tous les freins qui empêchaient ça. J'ai été vice-président [de la FNEK] en charge de l'enseignement supérieur. En fait, il n'y a quasiment pas eu de réunions sur la réforme parce que c'était un nouveau gouvernement, François Hollande, Marysol Touraine, qui sort un arbitrage, alors arbitrage assez affreux qui disait finalement en fait ça sera du 1+3 [un an de concours et 3 ans intra IFMK] non négociable. Et avec même plus la remise en cause des concours privés. Donc on a commencé la mandature avec voilà, de nombreuses mauvaises nouvelles qui font que pendant un an les travaux ont été arrêtés et on a été amené à manifester deux fois à Paris pour montrer notre mécontentement quant à ce sujet »
Entretien avec Antony, ancien élu au bureau national de la FNEK en charge de l'enseignement supérieur. Bac S mention assez bien, père cadre supérieur, mère secrétaire médicale, IFMK public hospitalier de province, 02/12/2021.

La mobilisation de la notion d'« injustice » pour motiver l'investissement au sein de la FNEK est représentative d'une pensée partagée par ces franges issues des classes moyennes supérieures, estimant avoir « réussi » au concours de médecine et ne comprenant pas la relégation illégitime à un rôle d'exécutant médical. Mais elle laisse aussi transparaître la relation aux générations précédentes de kinésithérapeutes et aux acteurs des ministères : la justice serait que les qualités des kinésithérapeutes soient reconnues, si cela n'est pas le cas c'est d'abord par le manque de savoir-faire des représentants professionnels les plus âgés, qui n'ont su parler le langage légitime des élites :

« J'étais personnellement intéressé de découvrir le milieu politique. Parce que j'avais l'impression que c'était un milieu qu'on ne connaissait pas, qu'on ne maîtrisait pas, dont on ne

¹⁶⁸⁸ Ceux-ci semblent plus amusés que complètement convaincus par cet affichage d'un discours et mode de pensée collaboratifs. Si la réception de la FNEK par l'ensemble des étudiants kinésithérapeutes n'a pu être explorée, il semble, a minima, qu'elle soient considérée par ces derniers comme une ressource utile pour connaître l'environnement réglementaire ou pour faire passer des récriminations.

maîtrisait pas le langage et que c'est peut-être aussi pour ça... J'avais notamment un regard assez critique sur les organisations professionnelles, j'avais l'impression qu'on arrivait pas à se défendre auprès d'eux parce qu'on ne connaissait pas le milieu politique »
Entretien avec Antony.

L'avancée des revendications de cette jeune génération est d'abord pensée comme tenant à la capacité de convaincre les interlocuteurs : la récompense de la méritocratie est légitime, son absence est sans doute due à une incompréhension réciproque, à mettre sur le compte des prédécesseurs un peu trop rustres. Les modes d'action privilégiés sont ainsi le fruit d'une socialisation primaire mettant en doute les procédés militants « populaires » :

« Mon père est très, très informé de tout ce qui est milieu politique etc. Mais c'est pas un domaine où lui-même il s'investit, donc on a toujours eu des discussions très intéressantes mais lui il y a pas d'engagement particulier et ma mère non plus donc... Non pas d'engagement syndicaliste, même plutôt anti-syndicaliste. Mais j'ai envie de dire syndicaliste, la mauvaise étiquette... Tu sais l'étiquette des gens qui cherchent toutes les excuses pour ne pas travailler ou ce genre de chose, la mauvaise réputation qui a été mise sur la société à cause des grèves etc, qu'on peut accoler à tout ce qui est CGT, CFDT etc. Où il y a beaucoup de gens qui sont complètement blasés. Ben mes parents ils font plus partis de la partie de la population qui est blasée ou énervée par les syndicalistes, mais syndicalistes dans le mauvais sens du terme entre guillemets. »
Entretien avec Jean.

« Je suis sorti 2 ans et demi avec une fille au lycée qui voulait faire député, elle. Donc pareil [qu'avec mes parents], on avait des discussions qui tournaient beaucoup sur la politique. Et pour ses 18 ans j'avais contacté le député de ma circonscription, parce que pour visiter l'Assemblée Nationale, il faut avoir l'invitation d'un député. Du coup j'avais réussi en le contactant en avoir une visite de l'Assemblée Nationale. On était dans l'hémicycle le temps des questions au gouvernement et ensuite on a pu avoir une heure avec le député à parler politique. Donc ça c'était assez enrichissant [...] Après j'ai été amené à contacter de près ou de loin ce député. Je l'ai revu deux-trois fois en tout cas, je pense que ça m'a ouvert les portes d'un monde politique qui m'intéressait en tout cas. »
Entretien avec Aldo.

Les représentants de la FNEK ont des trajectoires familiales et personnelles mettant à distance la mobilisation populaire pour valoriser la discussion et l'argumentation polissée. Ils n'ont que peu de réticences à engager la discussion avec le personnel politique : dès le lycée, Aldo n'hésite pas à contacter son député et à organiser un déplacement au cœur du pouvoir législatif national pour un anniversaire. Ces propriétés singulières sont enrichies et optimisées par le partage d'expérience et la « professionnalisation » de la représentation via les formations internes à la FNEK¹⁶⁸⁹. Plus informelles, mais tout aussi efficaces, les actions à venir sont planifiées et adoptées collégalement, permettant aux « anciens » de transmettre les « manières de faire » aux « nouveaux ». Ainsi, lors de l'AG observée en septembre 2019, les modes d'action sont en débat avant qu'une stratégie commune soit décidée. Dans le cas d'espèce, il s'agit d'obtenir l'alignement des frais d'études en IFMK sur les tarifs universitaires (quelques centaines d'euros au maximum à l'Université contre des tarifs pouvant

¹⁶⁸⁹ Il n'a pas été possible d'observer directement ces formations. Les entretiens font état de formations en petits groupes, se voulant très « horizontales » et faites d'ateliers très pratiques et de jeux de rôle.

aller jusqu'à 6 000 dans certains IFMK publics sans subvention et 10 000 euros dans des IFMK privés à buts lucratifs). Plusieurs stratégies convergentes sont alors décidées : d'une part une analyse juridique est commandée à un cabinet d'avocats parisiens. Il s'agit d'établir que les frais pratiqués dans les IFMK publics sont illégaux, les régions ayant à charge de financer ces IFMK. Dans le même temps, anticipant les résultats de cette analyse et affichant leur propre lecture des textes réglementaires, les membres du bureau national prévoient un tour des régions, en réclamant des entretiens avec les présidents de conseils régionaux ou, a minima, leurs vice-présidents en charge des formations sanitaires. Il y est prévu d'exposer en tête à tête les intérêts pour les régions (« bien-être étudiant », « attractivité ») mais aussi les risques à ne pas subventionner les IFMK (risque de « poursuites » de la part de la FNEK).

« [Tel IFMK hospitalier de province] l'an passé est passé à frais universitaire. Et ça c'est suite à une campagne de communication qui nous a amené à porter plainte contre [une] région [dont l'IFMK public est payant]. Donc ça aussi c'est quelque chose d'assez important. [Le premier cité] est passé à frais universitaire parce qu'ils ont eu, désolé pour l'expression, « chaud au cul », et par contre on est parti en recours [judiciaire] contre la région [du second] parce que c'est l'[IFMK] public avec des frais les plus élevés. »

Entretien avec Aldo

Un deuxième « front » est prévu, pour appuyer ces négociations directes. Il s'agit de stigmatiser les situations d'IFMK payant au moyen de communications relayées par les étudiants sur les réseaux sociaux numériques (« *kinés endettés, SOS régions* »), ainsi que par des communiqués de presse plus traditionnels.

Les régions les plus à la traîne dans le financement sont alors particulièrement visées, tandis que les « vertueuses » sont mises en avant. Cette communication vise une certaine respectabilité en s'accompagnant de « dossiers de presse », basés sur des études produites par les étudiants FNEK eux-mêmes (répertorier les frais de scolarités, questionnaire sur l'endettement, le malaise étudiant ou « *l'obligation de faire du libéral* » pour rembourser un prêt étudiant) ou des documents « légitimes ». Ainsi, les rapports officiels « prometteurs » sont scrutés et les passages favorables réutilisés :

« Ça c'est dans le rapport de l'IGAS-IGENR qui est sorti en septembre 2017 [...] IGAS-IGENR, inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'enseignement, de l'éducation nationale et de la recherche, qui sont les deux organes d'inspection et de rapport du ministère de la Santé et du ministère de l'Enseignement Supérieur. Donc qui se sont tous les deux mis ensemble et ils ont fait un rapport sur l'intégration universitaire des professions paramédicales. Et dans ce rapport il y a un petit paragraphe, je crois que c'est le paragraphe 57 de mémoire, qui dit que tu as certains conseils régionaux qui pour des raisons d'équilibre budgétaire ont alloué certaines places du numerus clausus de leur région à des instituts privés non financés plutôt qu'à des instituts publics qui sont financés. »

Entretien avec Jean.

Ces dossiers, fournissant des informations « clés en main », peuvent ainsi plus facilement être repris, comme constaté dans le cas du magazine « l'étudiant »¹⁶⁹⁰. Ces stratégies visent d'abord à problématiser

¹⁶⁹⁰ Voir l'article de « l'étudiant » d'août 2021 : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-de-kine-formation-la-plus-couteuse-parmi-les-etudes-en-sante-a-la-rentree-2021.html> visible le 05/12/2021 et le dossier de

les situations intéressant la FNEK, tout en restant dans un cadre respectable¹⁶⁹¹. Pour ces étudiants, en effet, la décision favorable ne s'obtient, in fine, que dans le cadre polissé des bureaux des responsables politiques et administratifs.

« [Lors du passage de 4 ans à 5 ans d'études, s'est posée la question de savoir que faire des redoublants] il n'y avait pas de réponse, personne ne savait, le ministère ne répondait pas et on avait sorti un communiqué de presse incendiaire en disant « c'est pas normal on est le 15 septembre il y a des étudiants qui sont sur le carreau parce que personne ne sait quoi en faire ». On a été reçu deux jours après : « mais qu'est-ce qu'il se passe ? » Et euh tu te dis, le seul truc que le mec a en face de lui c'est le communiqué de presse et franchement je m'attendais vraiment pas à ce que ça ait un impact tel, enfin... Et... Au final tu te dis ils suivent quand même ce qu'il se passe dans les fédérations étudiantes et ils ont très peur de ce que... De ce qu'on peut faire derrière »

Entretien avec Eve, ex présidente de la FNEK, bac S mention très bien, père cadre supérieur, mère commerçante, IFMK public hospitalier, 01/10/2018.

« Le simple fait d'être présent et de rappeler nos revendications ça va faire bouger les mentalités, on va penser à nous sur nos problématiques et ça va faire avancer les choses. Pour donner l'exemple du grade master, je pense qu'on a été là au moment où il fallait être là. On a envoyé les mails au bon moment, aux bonnes personnes, on a fait une contribution quand même. En gros, en 2020, le ministère avait sorti l'ensemble des points qu'il fallait avoir pour être éligible au grade master. Et, en gros, on a repris tous ces points et on les a mis dans une contribution. On a été les seuls syndicats professionnels et Ordre même à avoir fait ça. Et, en gros, on donne ça au ministère et on leur dit « regardez les gars, aujourd'hui vous avez la preuve qu'on est éligible au grade master. Maintenant donnez-le nous ». L'Ordre continu à en parler aux acteurs aussi. Nous on continue à en parler aux acteurs dès qu'on en a les moyens. Ben là, aujourd'hui, je peux vous le dire, ceux qui ont fait bouger les choses c'est les deux ministres parce qu'ils se sont mis d'accord et derrière c'est les conseillers de Véran qui sont chargés de la formation. Aujourd'hui, si je peux vous donner deux noms c'est X, monsieur X et monsieur Y, qui au final ont essuyé notre contribution et en ont parlé à leurs acolytes du ministère de l'Enseignement Supérieur et l'ont proposé à Véran. Aujourd'hui, c'est ces deux personnes-là qui ont fait le taff, qui ont fait bouger l'esprit des ministres. Et je pense que si on a été au courant deux mois avant tout le monde c'est pas pour rien non plus. »

Entretien avec Aldo.

presse FNEK de la même année <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2021/08/Dossier-cout-de-la-rentree-2021-1.pdf> visible le 05/12/2021

¹⁶⁹¹ Tout en restant respectables, les « campagnes » de la FNEK peuvent revêtir une certaine virulence, comme en témoigne en 2019-2020 une campagne menée contre Hervé Morin. Celui-ci, président de la région Normandie, décide en 2017 de répartir les subventions régionales entre les 3 IFMK du territoire (2 privés et 1 public) alors que la région ne subventionnait que l'IFMK public jusqu'alors. Comme l'enveloppe dédiée n'augmente pas, les étudiants du public passe de 180 euros de frais d'inscription à 4700 euros l'année suivante. En réponse, des campagnes sur les réseaux sociaux le ciblent nommément, dénonçant « l'illégalité » de la politique menée, les « risques psycho-sociaux » pour les étudiants, et sa part de responsabilité dans la désertification médicale : les étudiants FNEK partagent simultanément ces messages préparés pour obtenir une audience. Dans le même temps, les communications d'Hervé Morin sont scrutées et à la moindre communication en rapport avec l'enseignement ou la santé (valorisant son action) répondent alors des réactions des étudiants FNEK dénonçant la politique de frais d'inscription trop élevés dans les IFMK normands. Durant le débat télévisé (France 3 régional) à l'occasion des élections régionales 2021, l'adversaire de gauche d'Hervé Morin ne manque alors pas de reprendre ces revendications pour dénoncer le bilan de son adversaire (débat France 3 Normandie, 24 Juin 2021). Réélu, il reçoit le 8 novembre 2021 le ministre de la Santé à l'occasion de son passage en Normandie pour le Ségur de la Santé. Il déclare à cette occasion vouloir des « augmentations des formations paramédicales et la gratuité de la formation ». A ce jour, il semble toutefois que des frais d'inscription importants restent appliqués.

Les combats gagnés sont, pour ces étudiants, les résultats de stratégies légitimes efficaces : lobbying, recours à la presse, édition de rapports, sélection d'alliés. Cela conforte leur certitude que les politiques publiques sont des jeux pour initiés, qu'il convient de maîtriser pour obtenir gain de cause dans une revendication légitime.

Dès leur investissement étudiant au sein de la FNEK, ces jeunes gens apprennent à se conformer aux attentes des puissants pour infléchir les décisions en leur faveur plus qu'à proposer des rapports de force. En ce sens, ils s'approchent d'un modèle professionnel de discussion avec l'Etat, basée sur la conviction du puissant pour obtenir un mandat sur une mission¹⁶⁹². Ce travail se fait grâce à des capitaux culturels initiaux relativement partagés avec l'ensemble de leurs pairs (formés en France). Il y a une forme d'alignement entre des dispositions sociales et une institution, la FNEK, qui favorise l'expression des codes légitimes d'une représentation professionnelle.

Ces représentants présentent une sensibilité particulière aux problématiques des politiques publiques. Pour autant, ils sont, dans une grande mesure, en accord avec les attentes de cette nouvelle vague d'étudiants formés en France avec qui ils partagent un habitus de classe moyenne supérieure. En ce sens, ils sont l'expression du changement résultant de la hausse de sélectivité scolaire hexagonale. A l'inverse, leurs revendications peuvent aller à l'encontre des projections dans le métier et de l'habitus de classe moyenne commerçante des étudiants se formant dans les pays à faible sélection scolaire. Résumé par Anaïs (étudiante française en Espagne, Bac S sans mention, père et mère kiné-ostéopathes de village), leur position de « *on n'en a pas besoin [d'une partie des enseignements théoriques proposés en formation], il faut arrêter aussi, on fait juste kiné* » est de ce fait ignorée et invisibilisée. La kinésithérapie visible est celle qui réclame, via la FNEK, des études plus longues, sélectives et valorisées. En plus de l'habitus de classe, une socialisation s'effectue au sein de la FNEK qui tend à les différencier de la masse des étudiants en France. Au-delà de l'accord sur une valorisation et une récompense du mérite scolaire, ils apprennent ainsi certains codes des échanges entre dominants : le rapport de force se fait à fleurets mouchetés, passant plus par la campagne d'opinion, voire, en cas de blocage, par la voie juridique, que par la manifestation ou la grève. L'argumentation rationnelle avec l'interlocuteur, le recours aux rapports (favorables) et l'alliance avec d'autres représentants légitimes (communiqués communs avec les représentants étudiants médecins notamment) permettent de soutenir les positions auprès des décideurs. La variété de ces derniers est d'ailleurs décryptée, avec une classification comme opposants ou alliés, et une tentative de ciblage des acteurs clés de la décision. Les échanges de proximité que les représentants FNEK ont avec leurs différentes administrations de tutelles

¹⁶⁹² Fonctionnalistes comme interactionnistes s'accordent sur le fait que les professions dépendent d'abord de l'agrément de « l'Etat » qui avalise le rôle de contrôle social (chez Talcott Parsons) ou qui distingue indûment (chez Howard Becker) les professions et ses acteurs. T. PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », art. cit ; H. S. BECKER, *Sociological work. Method and substance*, op. cit.

leur font prendre conscience d'enjeux invisibles pour leurs camarades de promotion et plus encore pour les étudiants à l'étranger. Ils ne se posent ainsi plus en simple porte-paroles des futurs kinésithérapeutes mais comme véritables entrepreneurs de changement au sein de leur groupe professionnel¹⁶⁹³.

b) Faire profession : pour ces néo professionnels engagés, maîtriser la définition et l'affichage de la pratique légitime

Ces étudiants kinésithérapeutes prennent des positions visant à modifier les pratiques du groupe professionnel. Une participation bienveillante envers l'avenant 5, instaurant un contrôle plus strict de l'installation libérale des kinésithérapeute a été relevée au chapitre 3, et un attrait pour l'évaluation des techniques de soin via les épreuves de natures biomédicales (essais cliniques randomisés notamment) e été relevé au chapitre 4 : si le CIFEPK (Congrès International Francophone des Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie) est indépendant de la FNEK, les « fnekars » sont des participants assidus et se retrouvent régulièrement dans le comité d'organisation du CIFEPK. En s'inscrivant et participant à la promotion de ces lignes syndicales ou « scientifiques », ces étudiants préemptent les places clés dans la représentation professionnelle, directe (syndicale ou ordinale) ou plus indirecte (production scientifique accréditant le rôle du groupe professionnel). Tout en se positionnant, ils imposent leur vision de la kinésithérapie du futur comme la seule légitime. S'ils prennent ainsi un ascendant certain sur les étudiants migrants, qui n'ont pas voix au chapitre, ils s'imposent aussi en réformateurs vis-à-vis des générations les ayant précédés. Dans les faits, cela se traduit par une exploration plus grande des possibles universitaires. Ils s'emparent d'opportunités de formation nouvelles et importent dans le groupe professionnel des idées et des instruments de promotion nouveaux comme la santé publique. Ce mouvement réformateur ne se contente plus d'imiter les protocoles scientifiques médicaux, ils imitent les postures des médecins en se posant comme investigateurs scientifiques d'un espace de la santé au sens large.

Préempter les places clés dans la définition de la kinésithérapie du futur

Les apprentissages au sein de la FNEK donnent des atouts à ces néo-kinésithérapeutes pour s'imposer au sein du groupe professionnel¹⁶⁹⁴. Deux types de carrières « académiques » ou « représentatives » sont alors possibles, deux voies empruntées pour tenter de remodeler l'activité en accord avec leurs profils

¹⁶⁹³ La genèse de leur position d'entrepreneurs de changement uniquement liée à un mandat représentatif est simpliste et des traits liés à leur socialisation primaire ou à des rencontres hors du cadre kinésithérapique sont certainement à l'œuvre. Tous les élus FNEK rencontrés appuient néanmoins sur le changement de regard apporté par cette expérience étudiante.

¹⁶⁹⁴ Les divergences de carrières professionnelles à l'issue d'un cursus commun peuvent s'expliquer par les capitaux initiaux mais aussi par des trajectoires de vie et socialisations singulières. Voir notamment Elie Guérait et les trajectoires étudiantes à l'issue de l'Ecole des Beaux-Arts. Elie GUÉRAUT, « Retour à Lergnes. Les mobilités professionnelles contrariées de jeunes diplômées des Beaux-Arts », *Génèses*, 122, 2021, p. 107-126.

et leurs attentes. Si ces deux voies peuvent sembler distinctes, la socialisation préalable au sein de la FNEK permet de conserver des liens entre acteurs et renforce les porosités et les échanges entre les deux univers.

Ces carrières d'entrepreneurs de changement à instruments variés, scientifiques ou syndicaux, se donnent à voir à travers la trajectoire d'Antony. Celui-ci est issu d'un milieu social de la classe moyenne supérieure de province (père cadre supérieur, mère profession intermédiaire dans la santé), en réussite scolaire (bac S mention assez bien, il obtient médecine en PACES mais préfère choisir la kinésithérapie). Entraîné dans la représentation étudiante dès son entrée en IFMK (son « grand parrain »¹⁶⁹⁵ est le représentant FNEK local), il participe très tôt aux « événements » FNEK :

« C'est justement ce grand parrain qui m'a amené à ce premier événement de la FNEK où j'ai appris énormément de choses. J'ai rencontré énormément de monde et je me suis dit « mais il y a beaucoup de choses à faire en fait, on a tous les mêmes problématiques on a tous des enjeux incroyablement complexes ». Et quand j'ai vu ces enjeux, ils m'ont plus intéressé ».

Lors de sa troisième année d'étude, il intègre le bureau national où il devient « vice-président à l'enseignement supérieur ». Si, durant son mandat, le sujet évolue peu (le ministère de Marysol Touraine refuse toute évolution de la formation des kinésithérapeutes), il ressort enchanté de son expérience :

« A titre personnel c'était une expérience incroyable parce que j'ai rencontré des personnes incroyables, parce que j'ai eu l'impression, ça c'est peut-être plus personnel, d'être utile, de représenter les kinés à notre échelle, essayer de mieux comprendre le monde dans lequel on vivait parce qu'on était aussi... Si on était impuissant c'est aussi parce qu'on le comprenait pas assez... Donc ça a été une expérience humaine incroyable, ça a été une rencontre du milieu politique qui m'a... Alors c'est une phrase que je disais beaucoup à l'époque, je ne sais pas si je pense pareil aujourd'hui, que le monde politique me fascinait autant qu'il pouvait me dégoûter. Parce que j'avais l'impression parfois qu'on pouvait être des faire-valoir et que finalement la consultation, l'écoute que nous avions était particulièrement modérée, mais en même temps ça me fascinait parce que j'avais l'impression que c'était autour de cette table-là qu'on prenait des décisions importantes. »

A l'issue de son mandat à la FNEK et diplôme de kinésithérapie en poche, il se lance dans l'organisation d'un congrès « scientifique », le CIFEPK. Celui-ci a pour but de présenter aux étudiants et jeunes diplômés les avancées de la recherche qui peuvent présenter une utilité pour les soins rééducatifs.

« Par contre, me lancer dans de l'organisation d'événements, ça c'est quelque chose qui me passionnait toujours et c'est pour ça que je pense que le CIFEPK a constitué une suite assez logique à mon engagement à la FNEK. Parce que c'était à la fois de l'organisation de projets et le pont entre le milieu étudiant et le milieu professionnel [...] Et puis parce que l'un des sujets qui m'a intéressé, c'est d'ailleurs ce que j'ai essayé de faire quand j'ai organisé le CIFEPK, c'était de créer le lien qui me semblait inexistant, trop peu existant entre le monde scientifique et le monde professionnel. »

¹⁶⁹⁵ Dans les IFMK français chaque entrant est « parrainé » par un étudiant de la promotion précédente, lui-même « parrainé » à son entrée par un étudiant de troisième année : un « grand parrain ». Ces parrainages permettent de tisser des liens entre promotions et ces relations permettent de s'inscrire dans la vie festive, militante ou de répondre aux injonctions scolaires de l'établissement (il y a transmission de cours ou de « tuyaux » quant aux cours et évaluations).

A partir de cette première expérience, il se conforte dans l'idée, en réalité infusée dès la FNEK, que science et représentation syndicale doivent s'alimenter l'une l'autre : la recherche est un outil de choix pour justifier ses prétentions syndicales et le syndicalisme est un outil indispensable à l'institutionnalisation de la recherche.

S'il commence un exercice libéral généraliste dans sa région d'origine, il ressent un « manque » après ses expériences étudiantes. Il va alors réaliser un master en santé publique à l'EHESP¹⁶⁹⁶ de Rennes :

« [J']ai trouvé dans la santé publique [ce qu'il me manquait], parce que j'avais l'impression que ça répondait au besoin initial qui était de comprendre le milieu dans lequel on exerçait [...] En fait, quand je suis arrivé dans le milieu de la santé publique, j'avais l'impression de découvrir un domaine que peu de kinésithérapeutes avaient découvert. »

Ce jeune kinésithérapeute conjugue une connaissance du monde scientifique (il a écrit quelques articles dans les revues scientifiques de la kinésithérapie et fait quelques communications dans des congrès professionnels) et du militantisme (à la FNEK). Il ne se sent pas tenu de respecter le contrat d'auxiliarat proposé aux kinésithérapeutes par la profession médicale : après tout, lui aussi a validé le concours d'entrée en médecine. Ces différentes influences le confortent dans le choix d'aller d'interroger l'organisation du champ médical par lui-même. Si le modèle médical reste prégnant (il s'oriente vers la santé publique), il s'agit d'une imitation subversive. Il ne cherche pas seulement à défendre des actes techniques en suivant les canons de la preuve légitime mais à penser la place de la kinésithérapie à la place de la tutelle médicale.

A l'EHESP il apprend de nouvelles manières de voir l'écologie de la santé et y rencontre des acteurs d'horizons variés :

« [A l'EHESP] j'ai eu l'occasion de rencontrer et d'échanger plusieurs fois avec Olivier Véran, quand on voit aujourd'hui le poste qu'il a [...] Je sais que des gens de ma génération, qui étaient à l'EHESP ont, sont restés très proches de ce milieu politique, parce que ça les intéressait peut-être. Parce qu'ils avaient envie de s'impliquer un petit peu plus. J'ai eu l'occasion de rencontrer des parlementaires, j'ai des collègues qui ont eu l'expérience d'attachés parlementaires. [...] Il y avait, dans ma promotion, pas des clans mais des visions assez différentes entre les soignants et les non-soignants sur certains sujets [...] J'étais pas toujours en accord, dans des groupes de travail, avec des gens qui venaient de licences de droit, de licences de science politique, d'éco, parce qu'ils avaient une vision très administrative de la santé. Et que nous [il se comprend dans un groupe de soignants, essentiellement médecins] on a une vision très sanitaire de la santé »

Alors que les kinésithérapeutes sont habituellement dominés dans un champ médical où leurs marges de manœuvres sont faibles (voir le chapitre 1 décrivant les faibles mobilités dans l'organisation du travail « professionnelle »), avec des possibilités de rejoindre des espaces proches limités (sport parfois, bien-être plus épisodiquement, voir chapitre 1), Antony découvre toute une gamme de profils se disputant la légitimité dans l'organisation du champ médical. Il complète alors son apprentissage de

¹⁶⁹⁶ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, qui forme une partie de l'encadrement administratif de la santé française, notamment à travers les cursus de directeurs d'hôpitaux, de directeurs d'établissements sanitaires et sociaux ou encore de directeurs des soins.

militant étudiant, en assimilant les usages de la santé publique : recours à des sciences variées au service d'une argumentation militante (« sanitaire » versus « administrative »).

Il réinvestit alors ces nouveaux savoirs au service de son groupe professionnel en rejoignant un syndicat libéral. Il en sera d'abord salarié, comme conseiller politique, contribuant à signer l'avenant 5 de la convention nationale des kinésithérapeutes (chapitre 3) avant de se relancer dans une activité libérale et de prendre la présidence du même syndicat à 31 ans.

Son parcours montre le lien entre les deux armes militantes des groupes professionnels : la représentation et la recherche académique. C'est d'ailleurs une voie partagée par de nombreux membres de la FNEK : le président de la FNEK en 2011-2012, fait, en 2021, partie du conseil d'administration du Conseil National de la Kinésithérapie Salariée (organisation représentant les kinésithérapeutes salariés), tandis que son « successeur », président de la FNEK en 2012-2013, est, en 2021, le secrétaire général d'un syndicat libéral. Le président de la FNEK 2010-2011, sans être aussi engagé syndicalement est suppléant d'une députée La République En Marche¹⁶⁹⁷. Le président 2013-2014, quant à lui, a un engagement syndical plus modeste (il est simplement adhérent d'un syndicat libéral) mais s'implique dans une « défense » de la kinésithérapie en s'investissant dans le processus grandissant de mise en réseaux coordonnés des soins de ville. Il participe à la mise en place de la CPTS¹⁶⁹⁸ de sa ville d'exercice (métropole régionale universitaire attractive) dont il prend la présidence.

A l'inverse, un membre du bureau national de la FNEK en 2010-2011 poursuit des études universitaires jusqu'à une thèse de doctorat en neurosciences (appliqué à un domaine rééducatif), ce qui lui ouvre les portes de l'enseignement dans les IFMK de sa ville mais aussi de la principale société savante du groupe professionnel : la Société Française de Physiothérapie (SFP). Il devient ainsi président de cette dernière en 2021 et participe ainsi à la promotion de l'approche scientifique de la kinésithérapie (organisation de congrès, bourses de recherches, fédération de sociétés savantes dans les diverses spécialités

¹⁶⁹⁷ Des porosités entre engagement étudiant et carrière politique ultérieure sont rapportées par Camilo Argibay. Dans le cas de la FNEK, ces conversions sont, à ce jour, marginales. Camilo ARGIBAY, « Des militants en costume cravate. Regard socio-historique sur l'engagement des dirigeants étudiants de la MNEF (1973-1986) », *Le Mouvement Social*, 248-3, 2014, p. 93.

¹⁶⁹⁸ Les « Communautés Professionnelles Territoriales de Santé » sont des structures imaginées (à partir de 2016) comme coordinatrices des soins de ville sur des entités géographiques larges (plusieurs dizaines de milliers d'habitants le plus souvent). Il s'agit d'une organisation administrative auto-gérée par des professionnels de santé libéraux ou salariés de petites structures « de ville » (maisons de retraites ou centres médico-sociaux par exemple). Les dirigeants de CPTS sont censés être interlocuteurs de l'ARS pour travailler sur les besoins et projets de santé du territoire. Pour des témoignages d'acteurs dans un but de promotion du déploiement CPTS lire Hector FALCOFF, Anne-Laure GASSE, Yasmine BERRAHO-BUNDHOO et Sophie DUBOIS, « Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement de Paris », *Regards*, N°56-2, 2019, p. 93. Pour voir la porosité entre engagement syndical et « recyclage » dans les CPTS, voir la trajectoire de Claude Leicher, de président de MG France opposé au tiers payant à militant de la coordination (sous tutelle médicale) des soins de ville, « pour le bien des patients » (Claude LEICHER, « CPTS et territoire », *Regards*, N°56-2, 2019, p. 81.)

Ces structures permettent, à tout le moins, de créer des ponts entre personnels politiques et représentants médecins, comme le montre l'accord visible entre une député médecin et un président d'URPS médecin dans Stéphanie RIST et Raphaël ROGEZ, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, N°63-1, 2020, p. 51.

kinésithérapiques). C'est cette société qui édite la principale revue scientifique de la profession, *Kinésithérapie la revue* dont les approches scientifiques privilégiées ont été étudiées au chapitre 4. Depuis 2021, la SFP a lancé une seconde revue, anglophone, le *European Rehabilitation Journal* ayant pour but de valoriser la recherche kinésithérapique française en améliorant, à terme, ses indices bibliométriques par des référencements dans des moteurs de recherches en langue anglaise. La SFP participe en outre à défendre les intérêts de la kinésithérapie en étant l'interlocuteur privilégié de l'HAS et favorise la mise à disposition « d'experts » sur les thématiques évaluées. Un autre président de la FNEK (2009-2010), a lui aussi choisi la voie de la promotion de la kinésithérapie par la science, en organisant le CIFEPK (le congrès scientifique des étudiants kinésithérapeutes) en 2011, en passant un master universitaire puis en rejoignant, là encore, la SFP au poste de secrétaire général en 2021. Un membre du bureau FNEK 2009-2010 choisit quant à lui d'allier plus visiblement recherche scientifique et promotion de la kinésithérapie : à l'issue de son diplôme d'Etat il réalise un master à forte composante recherche clinique mais passe aussi un Diplôme d'Université en « journalisme médical » et écrit régulièrement des articles dans la presse professionnelle, valorisant la pratique basée sur les preuves. Titulaire d'un doctorat en bioingénierie, il devient enseignant en IFMK tout en étant engagé au sein du syndicat de salariés hospitaliers UNSA (branche santé et social). Il obtient une visibilité suffisante au sein de ce dernier pour participer, en son nom, aux négociations aboutissant à la réforme des études de 2015 (passage à 1+4 ans d'études).

Les militants « scientifiques » ne sont pas moins actifs dans la réforme de la kinésithérapie. Ils visent, peut-être plus que les militants syndicaux, l'éviction progressive de l'ancienne génération des cadres de santé :

« Le but recherché par la FNEK c'était d'avoir une formation plus uniformisée au niveau national, plus proche de la réflexion scientifique et de tout ce qui est recherche par les preuves, développement du diagnostic, ce genre de choses... Par rapport à une formation qui était plus sur du compagnonnage, sur un modèle de compagnonnage... Des anciens, entre guillemets, qui avec leur expertise, leur expérience et tout ce qu'ils ont appris pendant leurs années transmettent aux plus jeunes. Donc là, le modèle plus avec les modules et le modèle avant toutes les réformes etc... [Pour] se décaler vers un modèle où on se base sur une réflexion plus scientifique et des modèles de cours avec plus de pédagogie inversée avec de la qualité aussi de l'enseignement, des gens qui sont plus formés aussi à l'enseignement et pas seulement des professionnels qui viennent transmettre leurs compétences. »

Entretien avec Jean, ancien président de la FNEK, bac S sans mention (section anglophone de lycée international), père ingénieur enseignant chercheur, mère infirmière, IFMK public hospitalier, 07/11/2018

L'accès à l'Université et à sa science légitime pousse les réformateurs issus des rangs FNEK à remettre en cause la formation reçue : celle-ci est indigne de la position souhaitée. Même si les curriculums étudiés montrent une forte présence de savoirs théoriques dans les programmes français, la formation est considérée comme se faisant par « compagnonnage », basée sur « l'expérience » de praticien. Ce que rejette en fait Jean, c'est la perception comme filière de second rang, ramenant les kinésithérapeutes à leur position auxiliaire, d'effecteurs techniques transmettant des gestes. Le projet réformateur met à

l'inverse l'accent sur la « réflexion » et le « scientifique » qui doivent parallèlement justifier une position sociale plus privilégiée de professionnel maître de sa chaîne de décision¹⁶⁹⁹.

Il n'est ainsi pas surprenant de retrouver Mélanie (voir chapitre 4), ancienne du bureau national 2010-2011 de la FNEK passée par une thèse en neurosciences et un post doctorat au Québec, obtenir un poste universitaire pour superviser les IFMK de la région. Sa trajectoire confirme cette opposition entre réformateurs et cadres de santé dont elle rapporte des formes de résistance :

« Certains me le reprochent [son poste à la faculté de médecine] hein... Ben je suis allée aux JFK au mois de février, je me suis un peu fait maltraitée quand même ; comme quoi je faisais le jeu des MPR [médecins rééducateurs] ; que j'étais en train de faire couler la profession [...] Les gens qui pensent ça, c'est les directeurs d'IFMK qui... mais qui voient bien que, dans cette organisation, les premiers à sauter ça va être les directeurs d'IFMK. Voilà, très clairement et puis certains ont été assez francs pour me le dire, ils m'ont dit « mais là, dans ton organisation, finalement le directeur d'IFMK il sert à quoi ? » Je dis « ben écoute pour le moment on collabore bien ». Il me dit « ouais pour le moment ». Voilà et effectivement je peux pas dire grand-chose, à mon avis, d'ici 5 ans, une fois que tout sera bien en place ça se justifiera plus forcément qu'il y ait un directeur d'IFMK en tant que soit. Donc... voilà »

Entretien avec Mélanie, bac S mention bien, père cadre supérieur, mère institutrice, IFMK universitaire de province, 27/03/2019.

Si des résistances existent au sein du groupe professionnel, ces réformateurs scientifiques, évoqués notamment au chapitre 4, peuvent compter sur un réseau informel mais dense d'anciens de la FNEK avec qui ils partagent les mêmes vues et avec qui des liens sont conservés :

« J'ai beaucoup de contacts avec les anciens de mon bureau de la FNEK, forcément parce que c'est des gens, c'est des personnes qui sont vraiment devenues des amis. Je dis pas la totalité mais... un bon nombre quand même. Après de ma promo [sa classe d'IFMK] quelques-uns. Mais... le truc... de mes promos, parce que j'ai eu deux promotions [elle a eu une année de césure lors de sa présidence de la FNEK]. Donc oui j'ai eu des contacts avec... des gens de mes deux promos mais beaucoup moins en fait que... Mon cercle proche, c'est plus les gens que j'ai rencontrés à la FNEK [...] en fait, l'avantage d'un réseau national c'est que tes potes ils sont... Enfin on est un peu éclaté partout donc... En fait j'irais m'installer à Nancy j'aurais du monde aussi »

Entretien avec Eve (2nd entretien, après son diplôme et la fin de son mandat)

Si des contacts forts peuvent s'établir au sein des promotions d'IFMK, le réseau FNEK présente l'avantage de regrouper des jeunes acteurs partageant non seulement des habitus de classes (supérieures) mais aussi des aspirations quant à la place nouvelle à développer pour la kinésithérapie. Ce réseau développe et partage, pour ses membres, toutes les opportunités susceptibles de conjuguer intérêt des acteurs et promotion de leurs vues. C'est ainsi qu'ils investissent progressivement les IFMK français, au fur et à mesure de l'éviction des anciens cadres de santé :

¹⁶⁹⁹ En suivant Olivier Quéré, il s'agit en quelque sorte de « ratés » du système de reproduction sociale. Alors que ces formations de cadres intermédiaires sont censées permettre le positionnement dans la hiérarchie du secteur, ces nouveaux étudiants kinésithérapeutes n'incorporent que partiellement leur place dominée. S'ils apprennent à respecter le savoir médical, ils tentent aussi de s'en emparer pour obtenir une meilleure place dans le champ, remettant en cause le rôle proposé par leurs formateurs. Olivier QUERE, « La fabrique des cadres intermédiaires de la fonction publique: Enseigner et assigner un positionnement aux attachés dans les Instituts régionaux d'administration », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2015, p. 33.

« Pour moi la science c'était la vérité... Et là c'était zéro science. A tel point que, pendant ma K1, il y a eu plusieurs fois où j'ai failli arrêter kiné pour repartir à la fac, en prépa... Parce que j'en pouvais plus d'aller tous les vendredi bourré, parce qu'on était sorti à la veille. Aller masser des gens, ça me plaisait zéro quoi [...] [le passage par la FNEK] ça m'a donné envie d'enseigner, donc dès le début j'ai voulu le faire et là je suis toujours en train de vouloir le faire, je suis en contact avec les IFMK de [ma région], ça avance plus ou moins avec chacun et ça fait partie de mes objectifs de thèse de pouvoir enseigner à côté »

Entretien avec Guy, ancien membre du bureau national de la FNEK, bac S mention bien, père cadre supérieur, mère médecin généraliste. 30/12/2021

« Les cours à l'IFMK [...] c'était des cours qui étaient pas forcément à la pointe de l'actualité scientifique, c'était des cours... voilà je saurais pas trop dire mais j'étais pas emballé par le fait d'aller forcément à l'IFMK [...] on a eu des cours d'ostéopathie, on a eu des cours où on nous a baigné avec de la posturologie, on a eu des cours de kiné du sport où on a abordé des techniques qui étaient très, très, dérive thérapeutique, « fake med », enfin des trucs comme ça... Il y a forcément, je me suis un peu questionné sur... Je me suis rendu compte que la formation kiné, il y avait du boulot pour faire le ménage quoi [...] J'ai envie de faire de la pratique clinique, mais l'enseignement j'en fais déjà, je suis enseignant vacataire à [l'IFMK universitaire O] et j'interviens à [l'IFMK PG] et je vais intervenir à [l'IFMK D], je suis aussi directeur de mémoire de 3 étudiants. J'ai déjà fait plusieurs journées d'enseignement »

Entretien avec Hector, (2nd entretien, 6 mois après son diplôme).

Le cas d'Hector est révélateur de la position de ces réformateurs : insatisfaits de la formation qu'ils ont reçu, ils cherchent à s'imposer dans les IFMK. Il s'agit pour eux de contrôler la reproduction sociale¹⁷⁰⁰ des kinésithérapeutes les plus légitimes (les diplômés de France). Sans avoir réellement développé d'expérience pratique personnelle, Hector se positionne déjà comme enseignant dans 3 IFMK différents. Il parvient à ces positions en mobilisant à la fois la visibilité qu'il a au sein du groupe professionnel comme ex-président de la FNEK et le réseau que celle-ci lui apporte :

« Pour [entrer dans l'équipe de l'IFMK universitaire O], c'est tout simplement parce que j'ai des connaissances, plutôt grâce à la FNEK, j'ai un ami dans l'équipe pédagogique de [l'IFMK] et du coup je l'avais contacté [...] Ils ont cherché énormément de gens et beaucoup de profils de jeunes diplômés et donc dans ce cadre-là j'ai pu faire quelques enseignements au premier semestre et là depuis le deuxième semestre j'ai 7 ou 8 journées d'enseignement »

Entretien avec Hector, (2nd entretien, 6 mois après son diplôme).

Ils s'imposent alors progressivement dans les IFMK, ce qui leur offre de nouveaux relais d'où ils peuvent promouvoir leurs vues auprès des impétrants.

Ces anciens élus étudiants investissent massivement les postes de représentants syndicaux (négociation de la licence) et l'argumentation scientifique de la pratique (protéger la mission). En 2022, les présidents de la FFMKR (depuis 2019) et de la SNMKR (depuis 2021) sont tous deux issus de bureaux nationaux

¹⁷⁰⁰ L'école permet une transmission de savoirs, par exemple techniques pour les savoirs spécialisés, mais aussi tout une gamme de savoir-être et de processus sociaux communs, autrement appelés culture qui permettent aux gens de se reconnaître entre eux. Pierre BOURDIEU, « Systèmes d'enseignement et systèmes de pensée », *Revue internationale des sciences sociales*, 19-3, 1967, p. 367-388.

de la FNEK, tout comme le président de la principale association scientifique, la SFP (depuis 2021). Seule la présidente de l'Ordre, formée avant la création de la FNEK (mais d'un profil social proche), fait exception à la règle. Un profond renouvellement de la représentation est donc en cours, laissant les anciens de la FNEK truster les postes clés de promotion de la kinésithérapie. Ils imposent alors leur vision de la kinésithérapie du futur, conjuguant étroitement support scientifique et revendication d'un alignement statutaire sur la médecine (augmentation de la durée d'étude, indépendance et accès du patient sur « indication » à l'instar des spécialités médicales et non « prescription », reconnaissance comme profession médicale). La vision technique du métier d'auxiliaire, pourtant toujours présente dans le groupe professionnel et alimentée par les impétrants issus des migrations est alors totalement mise sous cloche.

L'accès aux possibles universitaires : diversification des trajectoires, raffinement du champ des possibles et importation dans l'espace de la kinésithérapie de savoirs accessoires.

En plus du militantisme syndical et ordinal traditionnel (discussion et défense du mandat, chapitre 3) ou d'une recherche avant tout clinique (cherchant à légitimer ce mandat en montrant l'efficacité du travail mené par le groupe professionnel, chapitre 4), des incursions plus nettes dans l'organisation de la santé sont visibles. Dépassant la défense du travail, ces nouveaux entrepreneurs de changement s'intéressent à l'espace de la santé à un sens plus large : ils conçoivent la position des kinésithérapeutes comme insérée dans une écologie, qu'ils peuvent légitimement évaluer et discuter dans sa globalité. Alors que ces thématiques restaient jusqu'à présent marginales dans le groupe professionnel, ces anciens de la FNEK les investissent de manière assidue.

L'accès à la recherche biomédicale constituait une première tentative d'émancipation. Pour autant, l'incubateur d'idées nouvelles que forme le réseau FNEK permet de dépasser ces premières approches de la science. Les limites de l'approche purement biomédicale sont parfois questionnées par ces réformateurs :

« Il y a pleins de trucs qui m'intéressent et en même temps je suis une grosse frustrée de la kiné parce que je suis en train de me rendre compte que le patient, quand tu lui poses la main sur l'épaule et que tu lui dis que ça va aller mieux et ben ça va déjà mieux. Donc, et mine de rien, je suis issue d'un cursus scientifique où... Ben tu vois... C'est pour ça que je trouve que tout tourne autour de l'EBP, de la recherche, c'est des choses qui m'intéressent beaucoup mais, mine de rien, c'est qu'une petite part de l'efficacité de ton traitement »
Entretien avec Eve.

« [Durant mes études,] j'avais [commencé un master et] pris comme spécialité neurosciences et donc j'avais 50 heures de cours dans l'année avec majoritairement des neurologues, des neurochir'. Qui te faisaient des cours et ça allait de l'imagerie jusqu'à la bio, la biochimie, mais aussi des choses... plus de la clinique etc. plus orienté recherche. Euh où l'objectif c'était d'avoir un peu des bases. C'était plus des conférences un peu comme ça, que t'apprendre la recherche. Donc j'ai commencé ça, ça m'a pas vraiment plu, c'était pas vraiment ce que je

recherchais, c'était pas aussi stimulant que ce que j'imaginai, même si j'étais très content de retourner à la fac de médecine, d'être un peu plus dans cet univers par rapport à où j'étais dans l'IFMK et c'est là que je me suis dit OK. J'ai passé mon partiel de neurosciences, j'ai eu je sais plus, 13 un truc comme ça, et j'aurais pu continuer dans la deuxième année de spécialité et je me suis dit ben non je vais changer de double cursus et là j'ai commencé à m'intéresser à la santé publique, parce que je commençais à être à la FNEK, j'étais pas au bureau national mais j'étais... J'allais aux événements de la FNEK »

Entretien avec Guy, ancien membre du bureau national de la FNEK, bac S mention bien, père cadre supérieur, mère médecin généraliste. 30/12/2021

Un effet enquêteur existe certainement dans ces réponses, accentuant une part de connivence avec un chercheur utilisant des approches non biomédicales. Pourtant la réalité de récents parcours académiques en santé publique ou en sciences sociales témoigne d'une volonté de dépasser la simple évaluation des pratiques pour questionner l'environnement de travail et de prise de décision. Le réseau FNEK ouvre la vision de ses membres à d'autres espaces : la kinésithérapie est alors pensée non seulement comme devant développer une pratique basée sur les preuves mais comme une discipline dans une écologie de la santé à modeler. La proximité à la médecine, qui reste une figure tutélaire majeure, propose alors de penser ces questions dans le cadre de la santé publique. Eve, ancienne présidente FNEK, après avoir participé comme observatrice à la signature de l'avenant 5 (chapitre 3), publiée dans les revues professionnelles des recherches sur l'accès direct par les kinésithérapeutes, tout en s'interrogeant sur l'opportunité de compléter son cursus par un master en santé publique. Arnaud, membre du bureau de la FNEK en 2010-2011 et 2011-2012 est doctorant en santé publique (co-tutelle INSERM et une université québécoise) sur la thématique de « l'accès direct » (c'est-à-dire sans prescription médicale). Arthur, ancien président FNEK, réalise, parallèlement à son diplôme d'Etat, un master en santé publique à l'IEP de Paris. Une partie de ces étudiants ré-utilisent une approche conjuguant biomédecine et rationalisme rappelant la thèse d'Antonin étudiée au chapitre 4. Mais le glissement est sensible : ces réformateurs ne se contentent pas de justifier leurs actes techniques en les évaluant, ils cherchent à directement argumenter, en mobilisant des sciences légitimes, la nécessité d'un nouveau positionnement du groupe professionnel dans le champ médical. Cette appétence leur permet de rester en lien avec leurs homologues plus impliqués dans la représentation syndicale, la production des uns alimentant la négociation des autres. L'importance des thématiques sur la fin de la tutelle prescriptive est d'ailleurs symptomatique : il s'agit de positionner la kinésithérapie comme profession médicale à côté de la médecine et non comme auxiliaire effectuant des actes à la demande.

Plus encore, des diversifications se produisent¹⁷⁰¹ avec des approches plus sociologiques : Guy (ancien vice-président « recherche et veille scientifique » FNEK) ou Laure (ancienne vice-présidente FNEK « affaires internationales ») ont ainsi réalisé des masters en « science politique et santé » tandis que

¹⁷⁰¹ L'ouverture de l'université à des nouveaux profils et l'universitarisation de la formation des kinésithérapeutes peuvent être pointés du doigt pour expliquer ces augmentations du champ des possibles.

Apolline (ancienne Vice-présidente FNEK « enseignement supérieur ») réalise un master en sciences sociales (Université de Paris).

Le mouvement qui se dessine est celui d'une interrogation de la place de la kinésithérapie, non plus seulement en termes de défense et extension d'un territoire (tel que pensé par Andrew Abbott) mais une interrogation plus large de la place de ces soins dans la société.

« En fait, à l'heure actuelle, tu vois je me dis, ça me plaît pas le fonctionnement du système français. Mais, en même temps, j'ai pas suffisamment de clés pour pouvoir me projeter dans ce qui me plairait. Et la faisabilité du truc donc... Du coup j'ai besoin d'avoir des notions supplémentaires quoi. »

Entretien avec Eve.

Ainsi, ces voies explorées ne sont pas détachées de leur travail de kinésithérapeute : l'accès direct, la prise en compte de l'expérience patient ou la prise en charge des individus non binaires en kinésithérapie¹⁷⁰² sont autant de travaux visant à être réemployés au sein du groupe professionnel. Le recours à l'exemple médical est important (la santé publique est mobilisée au même titre que la démarche de quantification et catégorisation) mais des tentatives de dépassement existent. Dans une perspective de professionnalisation, ce sont autant de réponses originales aux incertitudes entourant les prises en charge. Au lieu de donner une réponse uniquement technique à celles-ci (notamment via la mise en épreuves randomisées des techniques selon des catégorisations prédéfinies, voir au chapitre 4), des réponses en termes de valeurs et de positionnement social sont esquissées (comment s'emparer de l'expérience du patient ?)¹⁷⁰³.

Leurs socialisations primaires, leurs parcours scolaires, leur légitimité méritocratique, mais aussi la délivrance nouvelle de crédits universitaires au sein des IFMK permettent à ces étudiants d'aller explorer l'Université pour justifier leur position et la place de l'activité kinésithérapique. Leur combat est d'abord celui pour une meilleure place de la kinésithérapie dans le champ médical. Cela explique la mobilisation prioritaire des ressources académiques propres au champ (la santé publique), mais ils peuvent s'appuyer sur leurs capitaux culturels et scolaires pour, occasionnellement, mobiliser d'autres sources académiques jugées suffisamment légitimes (la sociologie et la science politique font figure de ressources). Si leurs profils sont similaires aux premiers représentants FNEK, qui atteignent aujourd'hui les positions influentes dans l'espace de la kinésithérapie, l'universitarisation plus avancée ne les restreint pas uniquement aux savoirs médicaux ou STAPS de proximité.

« Je... Sais pas exactement vers où et où ça me portera mais il y a plusieurs domaines qui m'intéressent, la recherche, la santé publique... La... L'éducation. Mais... Je pense que c'est la vie qui me portera au fur et à mesure de... Ce qui m'intéresse, de là où j'ai envie de pousser et de me créer en fait. Donc là je vais voir pour prochainement avoir une validation d'acquis

¹⁷⁰² Autant de sujets de recherche explorés par ces anciens militants FNEK.

¹⁷⁰³ Ces interrogations de jeunes kinésithérapeutes font échos aux travaux discutés de Renée Fox (1957) sur les études médicales ou de Charles Bosk (2003) sur l'apprentissage de l'erreur chez les chirurgiens. Dans ces deux cas l'accent est mis sur les mécanismes de gestion de l'incertitude par les valeurs plutôt que la technique. Henri BERGERON et Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, 2e éd., Paris, PUF, 2018, p. 171-174.

dans des masters [...] Je vais regarder les masters qui m'intéressent et voir si, avec le parcours que j'ai, on peut pas... On peut valider certaines unités d'enseignements pour faire un master plus accéléré pour que je puisse travailler et valider des diplômes en même temps, ce qui me permettrait d'avoir accès à d'autres masters par la suite ou potentiellement à poursuivre dans un doctorat dans cette discipline-là. Ou je m'arrêterai au master, ou je ferai peut-être plusieurs masters ou plusieurs DU universitaires, je ne sais pas encore exactement mais je sais que je ne m'arrêterai pas d'étudier »

Entretien avec Marion, bureau national de la FNEK devenue formatrice à la FNEK, Bac S mention bien, père PDG, mère directrice du privé, école privée parisienne, 20/05/2019.

Le positionnement de Marion est représentatif du comportement de ces réformateurs issus de la FNEK, l'Université est devenue plus familière et ils s'y sentent tout à fait légitimes pour s'y déplacer à leur aise. L'étendue des savoirs accessibles leur semble vaste et ils comptent investir ce qui les intéresse. Un certain habitus quant à la chose intellectuelle est sensible et contraste avec les enquêtés diplômés en Espagne étudiés en début du chapitre. Loin de vouloir valider un diplôme et d'acquérir la meilleure boîte à outils, Marion se projette avant tout comme une intellectuelle de la motricité, nécessitant d'étudier (à l'Université) de manière continue.

Cette attitude ne va pas sans créer des tensions avec le positionnement comme kinésithérapeute. D'une part, même si les écarts de vision du métier au sein du groupe professionnel sont invisibilisés, ils existent de fait et interrogent ces réformateurs. Eve (ancienne présidente de la FNEK) et Antony (ancien membre de bureau FNEK et président de syndicat libéral) écrivent ainsi dans un article sur l'accès direct : « *la méconnaissance du raisonnement clinique médical par les MK les conduit parfois à considérer qu'ils sont capables de réaliser ce même raisonnement. Cependant, il sera nécessaire de mener des études complémentaires afin de s'assurer de la réalité de cette compétence ressentie.* »¹⁷⁰⁴. En d'autres termes, malgré leur appétence pour développer la kinésithérapie, ils doutent de la capacité de l'ensemble du groupe professionnel à les suivre. Pour certains, se pose alors la question de quitter l'espace de la kinésithérapie :

« [Pendant mon master en politiques de santé, je travaillais comme kinésithérapeute à domicile et] c'était hyper chiant, je prenais aucun plaisir, vraiment aucun, ça m'a encore plus dégoûté de la kiné, je lisais plus rien sur la kiné, je m'y intéressais plus du tout, j'étais vraiment focus sur le reste, donc ça c'était vraiment mon gagne-pain. Je disais même à l'époque que c'était mon job étudiant, tu vois. »

Entretien avec Guy, ex membre du bureau national FNEK, bac S mention bien, père cadre supérieur, mère médecin généraliste.

Les études universitaires de plus en plus variées, qui sont accessibles à des profils étudiants à capitaux scolaires plus importants que leurs prédécesseurs, interrogent l'identité professionnelle : Guy a tendance à la rejeter, la ramenant à une situation provisoire de « job étudiant ». Si les interrogations de départ sont en lien avec la kinésithérapie, les parcours universitaires élargissent leurs horizons des possibles et ils

¹⁷⁰⁴ Article sur l'accès direct publié dans une revue scientifico-professionnelle

peuvent envisager de nouvelles carrières. Pourtant, bien que la quantification des sorties du groupe professionnelle n'ait pas été possible, il semble que ces départs soient jusqu'à présent marginaux. D'une part, les capitaux scolaires accumulés lors des poursuites d'études peuvent très souvent être réinvestis dans le groupe professionnel de départ, ce qui est parfois plus difficile dans le milieu académique d'accueil. D'autre part, la kinésithérapie leur paraît, malgré ses limites, un espace prometteur qu'il est envisageable de faire évoluer. Guy finit ainsi par s'orienter vers une thèse à forte connotation santé publique ayant trait à « l'expérience patient » dans les institutions de soin.

Les velléités de ces réformateurs et leurs incursions dans des espaces académiques variés ne sont pas sans rappeler les conceptualisations du champ médical proposées par Patrice Pinell : autour d'une science clinique centrale existent d'autres sciences accessoires qui viennent alimenter la profession médicale. Cet auteur décrit ainsi l'apport de la physiologie à la clinique médicale : « *Ces stratégies d'outsiders dans les luttes entre générations vont permettre l'acclimatation d'une approche de médecine biologique au sein des cliniciens hospitaliers, corrigeant du même coup les risques de conservatisme intellectuel inhérents à un mécanisme de reproduction de l'élite quasiment sans faille* ». De la même manière ici, les luttes entre réformateurs issus de la FNEK et les anciens maîtres à penser de la kinésithérapie (cadres de santé notamment), se manifestent par des processus de légitimation différents (via l'Université plutôt que le diplôme hospitalier) qui alimentent le groupe professionnel en idées neuves. Si l'alignement sur la médecine reste fort, cette nouvelle génération se positionne comme alliée (asymétrique) à la médecine plus que comme soumise à celle-ci. Ils n'ont ainsi pas de craintes à aller s'investir dans des disciplines jusqu'alors très réservées au monde médical telles que la santé publique.

La FNEK est un creuset de réformateurs, forgé au sein d'une population estudiantine française fortement dotée en capitaux culturels et issue de milieux cadres supérieurs. En ce sens ils portent un projet assez partagé au sein de la population étudiante qu'ils représentent, quitte à bousculer leurs prédécesseurs ou à invisibiliser les impétrants illégitimes des formations européennes. Ils sont les maîtres d'œuvre d'un processus de professionnalisation qui semble apporter quelques résultats, dans un contexte de profond réagencement du travail en santé, entre discussion de la domination médicale¹⁷⁰⁵ et resserrement du « verrou budgétaire »¹⁷⁰⁶ de l'Etat. Ce travail militant, cette légitimité méritocratique et leurs dispositions sociales favorables les placent alors au centre du groupe professionnel.

¹⁷⁰⁵ L'importance de la place du médecin dans l'écologie de la santé peut partiellement s'effriter « *Aujourd'hui la critique d'un modèle professionnel caractérisé par une forte autonomie des médecins tend cependant à laisser la place à un courant qui analyse l'activité médicale comme faisant l'objet d'une tendance à la bureaucratisation ou à l'industrialisation. A l'hôpital comme en médecine de ville, le médecin n'est plus tant caractérisé par son autonomie que par un jeu de contraintes et de recommandations vis-à-vis duquel certains auteurs vont même jusqu'à parler de "déprofessionnalisation* ». L. VISIER, « Le médecin comme professionnel », art. cit.

¹⁷⁰⁶ A l'image des analyses sur la décentralisation de Patrick Le Lidec, les tentatives de verrou budgétaire sur l'Assurance Maladie (via les projets de loi de la Sécurité Sociale) sont des moyens de réguler l'écologie de la santé. P. LE LIDEC, « Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État », art. cit.

Conclusion du chapitre 6

Est-ce ainsi que les professions naissent ?¹⁷⁰⁷ Le processus de socialisation des étudiants kinésithérapeutes confirme l'importance de cette phase de formation initiale dans la construction du travailleur. Pour des groupes professionnels dominés, comme les kinésithérapeutes, cette formation est un révélateur des tensions entre approche technique du métier et approche professionnelle. Le contrôle de la reproduction du corps professionnel y est aléatoire : les barrières imposées sur le territoire français sont fortes mais elles peuvent être contournées via une formation dans un pays où l'activité est moins protégée et le travail plus concurrentiel. Les autorités administratives hexagonales aussi bien que les kinésithérapeutes en place semblent douter de la légitimité même de ce contrôle : les situations de stages donnent à voir des kinésithérapeutes se comportant différemment selon leurs origines sociales et leurs lieux de formation, pour autant, si la gestuelle technique est au rendez-vous, les stages et les équivalences sont validés. Autrement dit, des forces puissantes tendent à maintenir la kinésithérapie comme activité technique, accessible à tout un chacun (sous réserve du paiement des droits d'entrée dans les officines commerciales délivrant le diplôme alternatif au titre français scolairement exigeant). Des étudiants jugent la sélectivité scolaire suffisamment illégitime pour chercher à obtenir le droit d'exercer par des moyens alternatifs. Les kinésithérapeutes en place jugent ces impétrants suffisamment légitimes par leur technicité pour les accepter au sein du groupe professionnel. Quant au régulateur administratif, il ne considère par l'activité comme suffisamment complexe pour imposer de nouvelles barrières à l'entrée dans le métier.

Pourtant, la kinésithérapie française a des attributs particuliers : du côté du contenu, sans avoir de monopole, elle forme un groupe professionnel majeur du traitement de la motricité. Malgré un contexte administratif de métier paramédical, sa sélection et ses modes d'exercice sont alignés sur la profession médicale. Enfin, elle forme des étudiants à dispositions sociales habituellement rencontrées dans les professions, avec de plus en plus d'impétrants issus des catégories supérieures de l'espace social. Ces derniers tentent alors de modeler la kinésithérapie pour qu'elle réponde à leurs attentes : il s'agit de devenir une profession médicale à part entière, s'interrogeant sur sa place dans l'espace de la santé et son rôle dans la société, pratiquant des actes soutenus par des arbitrages constants entre savoirs de différentes origines. Ils contribuent progressivement à invisibiliser l'origine technique du métier (les cadres de santé historiques sont remplacés par de jeunes docteurs frais émoulus des universités françaises) et les pratiques par trop profanes d'une partie des travailleurs. Pour ce faire, ils investissent les lieux de formation, les organisations scientifiques et les syndicats du groupe professionnel. Cette vague réformatrice s'impose comme interlocutrice dans les discussions avec les administrations de tutelle et promeut alors sa vision de l'activité.

¹⁷⁰⁷ En clin d'œil au texte de Charles Gadea et André Grelon qui analysent la disparition des herboristes et des officiers de santé. Charles GADEA et André GRELON, « Est-ce ainsi que les professions meurent? », in *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 118-128.

La kinésithérapie française se présente de ce fait comme un groupe professionnel en mutation. Ces changements éclairent la distance entre des impétrants par contournement, ayant pour modèle des kinésithérapeutes français plutôt âgés, privilégiant la rigueur technique et l'apprentissage sur le tas par compagnonnage, et des kinésithérapeutes se revendiquant de la méritocratie scolaire et suivant la voie ouverte par des pionniers universitaires : le savoir académique et le savoir-être de classes supérieures s'allient pour proposer la kinésithérapie comme une médecine de la motricité. Pourtant, à ce jour, les tensions sont contenues et que les kinésithérapeutes font « corps » commun. Cela s'explique par un processus de hiérarchisation des acteurs : comme Enzo rencontré en introduction, les impétrants à approches techniques occupent des positions périphériques dans l'espace de la kinésithérapie, acceptant des stages dans les hôpitaux les moins prestigieux et s'attelant volontiers à un travail d'auxiliaire médical de proximité, au service de la médecine générale de ville. En ce sens, ils remplissent les tâches de travail historiques incombant aux kinésithérapeutes. A l'inverse, comme Hector, des réformateurs formés en France se positionnent au centre de l'espace. En maîtrisant la reproduction sociale des kinésithérapeutes légitimes (diplômés de France), la production de preuves « scientifiques » et la représentation militante, ils contribuent à rapprocher la kinésithérapie du modèle professionnel. Tant qu'elle est contenue, cette diversité des positionnements de travail est certainement déterminante dans le fait professionnel, pour prétendre à la fois à l'autonomie statutaire nécessaire à la gestion des paris en situations complexes et assurer tout un ensemble de tâches quotidiennes au service de clients variés.

Conclusion de la partie 3

Les kinésithérapeutes ont vu le recrutement social des étudiants de France changer pour progressivement se rapprocher de celui des médecins. Pourtant, pour les kinésithérapeutes, la clôture par la formation, censée interdire l'accès aux impétrants moins bien dotés en capitaux légitimes (scolaires et donc culturels) est remise en cause par la libéralisation européenne. Les exclus de la formation française profitent alors des obligations de libre circulation et de reconnaissance de diplôme européennes pour contourner l'obstacle scolaire et obtenir à l'étranger le titre convoité. Ils continuent ainsi à alimenter le groupe professionnel français en acteurs bien moins dotés en capitaux légitimes et confirmés dans leur vision du métier par leur socialisation étudiante. Autrement dit, dans le même temps qu'il est proposé que la professionnalisation des kinésithérapeutes soit incomplète à ce jour, de par leur position dominée dans le champ médical et leur faiblesse face aux administrations de tutelle, il est ainsi relevé que les dispositions sociales, que les représentants des kinésithérapeutes français partagent avec les diplômés nationaux, ne sont en fait pas partagées par les 40 à 50% d'impétrants diplômés chaque année à l'étranger. D'une part, cela introduit au sein du groupe professionnel des acteurs qui ne partagent qu'imparfaitement les ambitions de leurs homologues formés dans l'hexagone. Mais, d'autre part, cela contribue à proposer au public des soins variables dans leur approche¹⁷⁰⁸, mais surtout qui ne sont pas le support de la distinction ayant cours dans le travail professionnel. Moins bien dotés en capitaux scolaires, ce qui explique leur contournement de la diplomation française, ils sont surtout moins bien dotés en capitaux culturels, ce qui transparait dans leurs interactions avec les clients. Leurs dispositions sociales sont alors moins propices à leur voir être reconnu un rôle professionnel.

Ces caractéristiques sociales sont particulièrement précieuses pour les professions. En effet, celles-ci ont à prendre en charge des questions en situation de forte incertitude. Les professionnels sont amenés, pour y répondre, à mobiliser des savoirs, un savoir-faire et de l'expérience, c'est-à-dire à réaliser un arbitrage prudentiel. Mais ces situations de fortes incertitudes le sont aussi, voire surtout, pour les clients. Ce sont eux qui ont recours au professionnel plutôt qu'à une réponse standardisée. Or, pour reprendre le concept que Michel Dobry a appliqué aux incertitudes conjoncturelles sectorielles, c'est-à-dire les crises, il est possible que l'incertitude du client entraîne une « régression vers l'habitus »¹⁷⁰⁹. Le client incertain ferait confiance, par-delà la position institutionnelle, aux acteurs disposant des capitaux légitimes pour régler des problèmes complexes : les capitaux culturels.

Pour les kinésithérapeutes, à un travail possédant des nuances très profanes, à relier à l'historique tutelle médicale, il faut ajouter alors de très nombreux acteurs ne disposant pas des capitaux culturels pour transmettre l'incertitude et la complexité qui peuvent pourtant exister. Les représentants des

¹⁷⁰⁸ Diversité en réalité fréquente dans le travail professionnel. F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit., p. 167-205.

¹⁷⁰⁹ M. DOBRY, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, op. cit., p. 240-262.

kinésithérapeutes possèdent, quant à eux, ces capitaux culturels si précieux dans l'interaction avec les tutelles. Pourtant ils sont pris dans un cadre cognitif de quantification et rationalisation défavorable à l'établissement comme profession : l'offre de service est quantifiée et se doit d'être régulée, affaiblissant les fluctuations des missions professionnelles.

A ce jour, les kinésithérapeutes sont donc dans un processus de professionnalisation incertain, entre un travail à fortes nuances prudentielles mais contraint par la domination médicale, un cadre institutionnel offrant quelques opportunités par la baisse de la démographie médicale mais mis en tension par une rationalisation de l'offre de soin et une libre-circulation des travailleurs européens et enfin des dispositions sociales, c'est-à-dire des rapports au monde, bien plus éclatées que ne le laissent percevoir les seuls représentants visibles du métier.

Conclusion générale

Cette thèse a pris pour objet un groupe professionnel peu analysé par les sociologues français en dehors des thèses d'histoire de Jacques Monet¹⁷¹⁰ ou de sociologie de Christophe Gaubert¹⁷¹¹. Cet état de la littérature a eu des effets paradoxaux. D'un côté le terrain présentait de nombreuses thématiques vierges et des possibilités d'orienter l'enquête dans de multiples directions. D'un autre côté, il y avait, à l'inverse, une tentation forte de s'intéresser aux kinésithérapeutes sous la forme du retour sur enquête : la domination médicale, étudiée par ces auteurs au sein des écoles de kinésithérapie parisiennes, est-elle toujours aussi prégnante sur les kinésithérapeutes ?

C'est finalement une voie médiane qui a été retenue : ce travail a un côté extensif, il prend comme objet de nombreux éléments de la kinésithérapie, du travail réel des acteurs au rôle de ses militants, en passant par l'analyse du renouvellement des membres du groupe professionnel. Pour autant la question de recherche, fil conducteur, reste proche de celle élaborée par Christophe Gaubert et Jacques Monet : pourquoi la kinésithérapie ne constitue pas une profession ? Jacques Monet répond que c'est par sa disqualification progressive comme spécialité médicale : ce travail est trop profane, trop répétitif, trop physique pour le médecin. Christophe Gaubert abonde et analyse comment cette disqualification historique s'inscrit dans un champ médical très hiérarchisé, condamnant la kinésithérapie à une position auxiliaire dont les codes sont incorporés dès la formation. Mon travail, 20 ans après, reprend abondamment ces thématiques tout en insistant sur le changement : le faible investissement des médecins dans ces problématiques motrices laisse ouvertes des possibilités d'autonomisation. Le champ médical, s'il reste fortement hiérarchisé, est soumis à des tensions importantes (malthusianisme, rationalisation, objectivation du travail) qui sont aussi bien des contraintes que des ressources pour les kinésithérapeutes.

La question est alors celle du déplacement social, non pas pensé comme trajectoire individuelle¹⁷¹² mais à l'échelle d'un groupe professionnel. Ce qui est montré ici, c'est que la professionnalisation des kinésithérapeutes est un déplacement social collectif, d'une position d'exécutants des thérapeutiques produites et codifiées en dehors d'eux, à une position d'ingénieurs (à défaut de médecins) de la motricité. Si les résultats sont loin d'être univoques, à relier à la complexité des phénomènes rapportés, ils permettent de dégager trois résultats particulièrement saillants. 1) d'une part, le contenu d'une activité ne peut être détaché de ses conditions sociales de production. Cela est d'autant plus vrai en sociologie des professions où analyser une activité humaine comme nécessitant un choix plein de prudence¹⁷¹³ est

¹⁷¹⁰ Jacques Monet a une approche socio-historique. J. MONET, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, op. cit.

¹⁷¹¹ C. GAUBERT, *Le Sens des limites*, op. cit.

¹⁷¹² P. PASQUALI, *Passer les frontières sociales. Comment les filières d'élite entrouvent leurs portes*, op. cit ; Cédric HUGREE, « Les sciences sociales face à la mobilité sociale: Les enjeux d'une démesure statistique des déplacements sociaux entre générations », *Politix*, n° 114-2, 2016, p. 47.

¹⁷¹³ F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

indissociable d'un questionnement sur les dispositions sociales des acteurs réalisant le travail¹⁷¹⁴ et sur le contexte écologique dans lequel ces derniers évoluent¹⁷¹⁵. 2) D'autre part, un changement, appliqué à un groupe social, met fortement en tension ses promoteurs qui cherchent à éviter les segmentations du groupe professionnel tout en cherchant des formes de distinction par rapport aux métiers concurrents. La professionnalisation de la kinésithérapie ne peut donc se comprendre sans analyser la subversion de réformateurs¹⁷¹⁶ et leur capacité à s'imposer sur les tenants de l'activité comme « petit métier »¹⁷¹⁷. 3) Enfin, cela conduit à discuter la professionnalisation à la lumière des contextes. Pour obtenir gain de cause, les réformateurs doivent saisir les opportunités amenées par les changements plus globaux : l'ouverture de l'université, les luttes internes à la médecine, les velléités des administrations de mieux contrôler l'organisation des soins sont autant de changements externes qui viennent percuter les tensions les plus internes à la kinésithérapie.

Ces propositions d'analyses de la professionnalisation des kinésithérapeutes présentent alors plusieurs limites (4) et permettent d'envisager plusieurs prolongements (5).

Une première limite importante tient au cadre d'analyse faisant la part belle au champ médical, qui conduit à écraser partiellement la spécificité de la kinésithérapie et à invisibiliser les activités à distance de celui-ci : or le bien-être, l'activité physique ou l'ostéopathie sont autant de domaines où la participation des kinésithérapeutes est réelle, suivant des dynamiques fort différentes de la médecine. Une seconde limite tient à la faible part que le point de vue des patients occupe dans cette thèse. Pourtant ces tentatives de professionnalisation sont le plus souvent faites en leur nom : il s'agit d'améliorer la « qualité des soins ». Ici le regard d'abord situé sur les mobilités au sein du champ médical empêche d'explorer plus avant le résultat concret de ces déplacements sur la relation soignante.

Plusieurs prolongements sont alors envisageables. D'une part, la réflexion sur la professionnalisation à la lumière des caractéristiques sociales des membres est incomplète. Dans une visée plus comparative, une analyse d'autres métiers doit être envisagée, notamment ceux dont le contenu d'activité présente des similitudes mais qui se distinguent des kinésithérapeutes par des conditions de travail ou des profils sociaux différents.

D'autre part, la thèse pose la question du rôle des écologies de travail dans la professionnalisation : celles-ci ont été analysées selon une opposition libéral/hospitalier, alors que des changements profonds touchent cette organisation du sanitaire, qui brouillent les frontières entre les deux (Hospitalisations A Domicile) et remettent des médecins dans de nombreux espaces de travail paramédicaux libéraux (les Maisons de Santé Pluridisciplinaires). Cette « re-médicalisation » est parallèle à une comptabilité

¹⁷¹⁴ H. JAMOUS et B. PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », art. cit.

¹⁷¹⁵ A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

¹⁷¹⁶ H. JAMOUS, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, op. cit.

¹⁷¹⁷ Pour reprendre ici une expression de Florent Champy afin de distinguer l'approche uniquement technique de l'approche nécessitant une délibération proprement prudentielle. F. CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, op. cit.

grandissante du travail, qui là encore présente des enjeux importants en termes d'autonomie professionnelle.

Enfin, l'évolution du « savoir » au sein des « professions » au sens le plus large interroge. Si des auteurs insistent sur la résilience de la profession médicale devant l'inclinaison à la standardisation de l'approche quantitativiste¹⁷¹⁸, l'institutionnalisation de recherches paramédicales offre un nouveau regard sur la tension entre incertitude inhérente au fait professionnel et un objectif d'élucidation des phénomènes propre à la science.

1) La professionnalisation, saisie par le travail et les dispositions des membres.

Le phénomène de professionnalisation de la kinésithérapie ne peut se concevoir sans analyser le contenu du travail impliqué. Sans tomber dans un fonctionnalisme naïf qui assignerait les kinésithérapeutes à un rôle social d'optimisation des capacités motrices, voire productives, de la population, il n'en reste pas moins vrai qu'une réelle singularité d'une activité autour de la motricité mérite d'être prise en compte. L'apport de l'analyse des professions en termes de pratiques prudentielles¹⁷¹⁹ est ici important : l'autonomie de fait dans le travail, la nécessité d'initier une démarche diagnostique et pronostique pour faire évoluer une thérapeutique toujours singulière, la volonté de s'appuyer sur des propositions théoriques scientifiques, voire de contrôler (partiellement) ce qu'ont appris les impétrants et futurs collègues tient pour beaucoup au travail vécu. Les kinésithérapeutes sont confrontés à l'incertitude dans les décisions à prendre avec les patients qu'ils reçoivent : la tendance à la professionnalisation est alors encouragée ; ils doivent tenter un arbitrage incertain entre ce qu'ils savent du trouble, ce qu'ils perçoivent du patient, de ses possibles et de ses demandes et ce que leur dicte leur expérience progressivement acquise et de plus en plus distincte de celle des médecins.

Pour autant, cela ne suffit pas à expliquer la professionnalisation. D'une part, d'autres formes de réponses sont possibles : une standardisation du soin prodigué (à telle pathologie, encore régulièrement indiquée par le médecin correspond systématiquement tel traitement) ou un arbitrage mobilisant peu de savoir théorique et une approche superficielle du problème (l'expérience montre que la douleur est soulagée par le massage, cette technique sera mobilisée sans interroger la cause). D'autre part, un travail prudentiel ne peut complètement se déployer sans conditions d'exercice réellement favorables. Des acteurs peuvent utiliser les interstices des règles du travail en vigueur (lien de prescription ténu en libéral, rationalisation du travail hospitalier parfois incomplète ou laissant aux acteurs des marges de

¹⁷¹⁸ Stefan TIMMERMANS and Angell ALISON, « Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 42-4, 2001, p. 342-359. Patrick CASTEL, « What's Behind a Guideline?: Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector », *Social Studies of Science*, n° 5-39, 2009, p. 743-764.

¹⁷¹⁹ *Ibid.*

négociation) pour adopter des pratiques professionnelles, pour autant, pour que ces tentatives s'institutionnalisent, il faut qu'un militantisme apparaisse et revendique une position plus professionnelle¹⁷²⁰.

Un résultat fort de la thèse est de montrer que, dans les deux cas, une forme d'habitus des membres du groupe professionnel joue. Arbitrer sagement face à l'incertain offert par le patient n'a rien d'une réponse naturelle, cela dépend notamment de la socialisation en cours de formation, qui prépare l'impétrant à ce type de réponse. Défendre une reconnaissance de ce nouveau travail n'est pas non plus indépendant de la position des militants dans l'espace social ; d'autant plus que ce militantisme doit montrer une maîtrise des codes légitimes des milieux de la bourgeoisie culturelle, caractéristiques des professions. C'est en cela que le processus de professionnalisation repose sur une fermeture aux impétrants les moins légitimes, au profit de ceux disposant de nuances fines de capitaux culturels et scolaires. Cet entre-soi n'est pas seulement un travers des professions condamné par les interactionnistes mais un ressort important de leur existence.

Cela est particulièrement visible dans le champ médical, où les dispositions sociales des travailleurs sont en rapport avec la hiérarchie des métiers. La professionnalisation des kinésithérapeutes est aussi le résultat de l'incorporation¹⁷²¹ de cet ordre social. Les classes sociales des postulants à l'entrée dans le groupe professionnel ne sont pas seulement différentes, avec des habitus et des positionnements face au travail différents, elles sont aussi inégalement « désirables ». Il est « souhaitable » d'augmenter la durée des études, de sélectionner ses membres parmi les étudiants en médecine, d'accéder à l'université, de mettre à distance le profane, de s'éloigner du modèle infirmier pour se rapprocher de la médecine. Ces changements, produits par l'évolution des profils sociaux autant qu'ils conduisent à la sélection d'impétrants désirables, exercent une violence symbolique sur les kinésithérapeutes ne répondant pas à cette injonction. Si ces derniers ne se mobilisent pas contre le changement (le modèle de l'échelle à grimper est normatif), ils peuvent cependant le freiner. Certains kinésithérapeutes ne se soumettent pas à la veille scientifique, d'autres ne pratiquent pas de bilans et se contentent d'exécuter les actes prescrits, d'autres enfin, se vivent en « masseurs » ou « coachs sportifs » diplômés et à coûts de prestations socialisés. Il est possible d'y lire la persistance de socialisations primaires plus éloignées du cadre de pensée de la bourgeoisie culturelle et de socialisations secondaires à l'écart du modèle légitime en France.

¹⁷²⁰ C'est ici que les concepts d'Andrew Abbott sont mis au travail : la lutte pour le territoire professionnel est un phénomène complexe, associant autonomie et volontés singulières des acteurs avec un militantisme des représentants, qui tentent de donner un sens à ces évolutions du travail, voire de les orienter dans un sens favorable. A. D. ABBOTT, *The system of professions*, op. cit.

¹⁷²¹ En ce sens que la socialisation s'inscrit dans les corps et affecte le positionnement par rapport au corps d'autrui. L'ouvrier corporel qui masse les corps est progressivement supplanté par le médecin du mouvement qui diagnostique les troubles moteurs et prescrit des corrections. Sur l'incorporation, lire notamment la conclusion de l'ouvrage « Ce qu'incorporer veut dire », notamment les pages 267-269. Sébastien FLEURIEL, Jean-François Goubet, Stéphane MIERZEJEWSKI, Manuel SCHOTTE, *Ce qu'incorporer veut dire*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2021.

Outre le lien fort entre dispositions sociales et profession, ce résultat permet alors de dégager quelques propriétés du changement.

2) Le changement, imposer la réforme du métier sans segmentation brutale

La professionnalisation d'une activité est synonyme de changement : la profession ne jaillit pas de nulle part mais provient d'un glissement progressif d'un métier vers plus d'autonomie, plus de savoir propre, plus de reconnaissance institutionnelle, tout en maintenant une part d'action pratique et un service à une population où cette approche du travail trouve à s'exprimer. Dans le cas des kinésithérapeutes, ce changement n'est pas unanime, généralisé et ne va pas sans heurts. Il dépend d'abord de l'activisme de réformateurs¹⁷²². Ce sont eux qui tentent, avec des succès incertains, d'utiliser à leur avantage les politiques malthusiennes des administrations de la santé (sélectivité des impétrants favorable négociée avec le MESRI et le ministère de la Santé ou contrôle resserré des installations libérales moins favorable imposé par la CNAM). Ce sont encore des profils réformateurs qui tentent de mobiliser les exemples scientifiques jugés légitimes à l'avantage du groupe professionnel. Il ne s'agit pas uniquement d'un mouvement du haut vers le bas : il existe, au sein des kinésithérapeutes en exercice, des mobilisations pour améliorer la position de l'activité, comme le montrent l'exemple de la spécialisation en kinésithérapie pédiatrique et la volonté d'intégrer dans la pratique des nouveautés diagnostiques (l'analyse des « Mouvements Généraux » des nouveau-nés prématurés).

Cela ne signifie pas pour autant que le groupe professionnel adopte ces nouveaux positionnements de travail unanimement et uniformément. En réalité, ces propositions réformatrices sont accueillies avec leurs lots de résistances : cette thèse montre que la ligne de fracture, plus que haut/bas est sans doute à analyser en fonctions des socialisations des acteurs. Au niveau syndical, la protection du travail existant, même s'il a de fortes connotations de « sale boulot » (ici le travail en thermes) reste un enjeu, quitte à ce qu'il ne soit investi que par les franges les plus dominées du groupe professionnel (les migrants maîtrisant mal la langue française). Au niveau des travailleurs eux-mêmes, certains peuvent voir la kinésithérapie comme une activité d'abord technique, ce qui délégitime le processus de sélection scolaire exigeant. Après tout, pour de nombreux kinésithérapeutes, le métier peut s'apprendre sur le tas, par compagnonnage et cette scientification est facultative. La kinésithérapie est, à cet égard, particulièrement sujette à tension : des étudiants (à capitaux avant tout économiques) dénoncent le verdict scolaire leur interdisant cette activité pourtant parfois si profane. Ils vont alors acquérir le droit d'entrée dans le groupe professionnel par une diplomation à l'étranger. Si ces parcours sont empreints

¹⁷²² Des réformateurs pouvant succéder aux réformateurs : ce sont des réformateurs cadres de santé convaincus du bienfondé du rapprochement avec l'université qui ont milité pour des expérimentations en ce sens. Quelque part, ils ont été eux-mêmes remplacés par des réformateurs utilisant ces passerelles universitaires pour accéder au doctorat et « ringardiser » leurs prédécesseurs.

de hiérarchisations réciproques, ces étudiants par contournement sont dans le même temps accueillis par des kinésithérapeutes français historiques, dubitatifs devant le changement proposé. Autrement dit, il y a bien un agrément tacite, y compris des représentants, à ces positionnements peu professionnels : il s'agit de maintenir, malgré tout, une forme de cohésion (tous sont kinésithérapeutes) malgré l'hétérogénéité.

Cette thèse montre alors comment les réformateurs composent avec ces résistances : en s'imposant aux postes de représentation, ils promeuvent leur travail professionnel (diagnostic, veille scientifique, traitements singuliers) et invisibilisent les kinésithérapeutes techniciens (apprentissage sur le tas, soumission à l'ordonnance médicale, protocolisation des traitements). C'est ainsi que les kinésithérapeutes universitaires ou représentants ordinaires mobilisent avant tout l'exemple étranger légitime : il s'agit de s'aligner sur les confrères scandinaves ou canadiens, mais jamais sur les techniciens rééducateurs allemands, voire ibériques. De la même manière, les étudiants de la FNEK invisibilisent les étudiants partant à l'étranger. Les futurs kinésithérapeutes légitimes sont les étudiants de France et ils en sont les porte-voix. La kinésithérapie du futur qu'ils promeuvent sera universitaire, détachée de la tutelle médicale dans le travail quotidien et dotée de forts attributs diagnostics. Les pratiques techniques, répétitives, peu délibératives existent bien sûr, mais elles sont invisibilisées et pensées comme des déviances passéistes, amenées à disparaître à mesure que l'activité sera reconnue. Si ces élites réformatrices tentent de maintenir une unité du groupe professionnel, en composant parfois avec des activités à faibles nuances de professionnalisme, elles réalisent dans le même temps un réel travail d'invisibilisation de ces pairs « indélébiles ».

3) Le travail professionnel : une autonomie de délibération dépendante des contextes

Si les dynamiques internes à un groupe professionnel sont fondamentales pour comprendre la professionnalisation, la thèse met en évidence, dans le même temps, le poids de l'environnement. Un facteur ici important est le retrait de la médecine du domaine de la rééducation. La fin de la mainmise des médecins sur les écoles de kinésithérapie, leur méconnaissance de plus en plus visible des actes pratiqués par les kinésithérapeutes, l'affaiblissement du lien de prescription, l'absence de contrôle ferme de toutes les activités diagnostiques et pronostiques, la description du besoin de soins de kinésithérapie de ville abandonnée à la CPAM, sont autant de marqueurs d'un retrait qui bouleverse les équilibres et ouvre un éventail des possibles aux kinésithérapeutes.

Dans le même temps une vague de rationalisation¹⁷²³ touche diverses administrations : à l'hôpital les kinésithérapeutes doivent justifier de leurs actes et leurs cadres deviennent des managers généralistes¹⁷²⁴. Les perspectives se réduisent et les kinésithérapeutes s'en détournent au profit de l'exercice libéral, autonome, et d'une filière de progression de carrière via l'Université.

En libéral, la politique malthusienne qui a touché la profession médicale¹⁷²⁵ porte ses fruits : les médecins ne répondent plus aux besoins, ils se concentrent sur leur cœur de métier et se désintéressent du travail des kinésithérapeutes. Ceux-ci accèdent progressivement à un libre choix de leurs thérapeutiques et à des prérogatives diagnostiques (limitées aux problèmes moteurs). La politique malthusienne touchant les kinésithérapeutes, elle, est un semi-échec : la rationalisation administrative française se double d'un libéralisme européen permettant un contournement de la fermeture de la formation. Si la filière française devient sélective, les flux de kinésithérapeutes en provenance de l'étranger augmentent. Les kinésithérapeutes ont gagné en autonomie mais ils doivent alors rendre des comptes directement à la CNAM de cette augmentation du nombre : la réponse sera comptable¹⁷²⁶, il s'agit de limiter l'installation libérale dans les zones où l'écart à la moyenne est trop fort.

Du côté de l'université, la rationalisation¹⁷²⁷ se double d'une injonction à l'adéquation avec le marché du travail¹⁷²⁸ et à l'alignement européen¹⁷²⁹. Les effets sont contradictoires : les kinésithérapeutes l'intègrent d'autant plus facilement que leur propre formation s'aligne sur le système « LMD » par le haut (après discussions âpres) mais les perspectives de carrières académiques demeurent chimères : une poignée de postes seulement sont ouverts dans une université exsangue¹⁷³⁰.

Dit autrement, les kinésithérapeutes ont bien conscience d'un modèle professionnel à suivre, le modèle médical¹⁷³¹. Cette thèse décrit alors comment ils tentent de tirer profit des changements globaux pour s'en rapprocher, tout en s'opposant, autant que possible, aux effets les plus délétères (fuite de l'hôpital, freinage du processus de contrôle des installations libérales). Pour autant, le changement global lui-même altère les règles du jeu professionnel.

L'alignement des chercheurs kinésithérapeutes sur la science médicale est à cet égard symbolique. Pensés comme des outils d'émancipation, la mise à l'essai des techniques thérapeutiques et l'explication des mécanismes neurobiologiques, biomécaniques ou physiologiques en jeu dans les actes de

¹⁷²³ Philippe BEZES, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française, 1962-2008*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

¹⁷²⁴ I. FERONI et A. KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers », art. cit.

¹⁷²⁵ M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.

¹⁷²⁶ F. BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, op. cit.

¹⁷²⁷ C. MUSSELIN, « Vers un marché international de l'enseignement supérieur ? », art. cit.

¹⁷²⁸ R. BODIN et M. MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », art. cit.

¹⁷²⁹ Sarah CROCHE et Jean-Émile CHARLIER, « Bologne, dix ans après », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 5.

¹⁷³⁰ C. MUSSELIN, « Les paradoxes de la LPPR ou pourquoi l'annonce de moyens supplémentaires est-elle source de résistances ? », art. cit.

¹⁷³¹ E. FREIDSON, *La Profession médicale*, op. cit.

kinésithérapie n'apportent pas les retombées escomptées. A l'heure de la rationalisation, le pouvoir tient moins dans la capacité à mener des études que dans la capacité de décider comment les lire¹⁷³². Il n'est pas anodin que les médecins aient autorisé les kinésithérapeutes, certes proches, partageant parfois un habitus de classe, mais malgré tous auxiliaires moins méritants, dans leurs laboratoires : l'enjeu n'est pas tant d'amener des preuves, elles sont souvent pléthoriques en temps de mondialisation et d'uniformisation de l'administration de la preuve¹⁷³³, mais de maîtriser l'organisation de la recherche, les questions à financer, les arbitrages entre preuves contradictoires et les politiques publiques en découlant. D'une part, la profession médicale s'assure de conserver cette mainmise sur la science médicale en gardant les auxiliaires à proximité, d'autre part, elle s'assure que la subversion n'ira pas jusqu'à la remise en cause du cadre de pensée nosologique, pilier de l'autonomie médicale¹⁷³⁴. C'est à cette enseigne que l'accès des kinésithérapeutes à la recherche se traduit plus par une ouverture de la boîte noire de leurs pratiques aux médecins et aux administrations de la Santé que par une autonomisation.

En conservant la maîtrise des taxonomies, des nosologies et, souvent, des questions de recherche légitimes (la technique kinésithérapique améliore t'elle l'état *médical*) les médecins universitaires contribuent à la rationalisation des pratiques kinésithérapiques sans s'y soumettre eux-mêmes. L'évaluation (contradictoire) de l'efficacité d'une technique thérapeutique utilisée dans la kinésithérapie respiratoire du nourrisson atteint de bronchiolite discrédite le travail de ces auxiliaires auprès de cette population médicalement définie. Il est à l'inverse inenvisagé d'évaluer l'efficacité et l'utilité du diagnostic ou de l'action médicale en cas de bronchiolite : sans médecin, la bronchiolite n'est pas même établie. Le processus de rationalisation a trop d'accointance avec la science quantitative pour que cette dernière puisse, seule, assurer une autonomie professionnelle aux kinésithérapeutes. Les phénomènes sont mis en visibilité pour les acteurs des tutelles qui peuvent contrôler leur travail.

Dans ce cadre cognitif faisant la part belle aux quantifications et rationalisations, ce qui compte pour faire profession, est alors sans doute plus la maîtrise des mots, bien plus polysémiques et moins rationalisables que les chiffres.

4) Limites : le manque de comparaison et l'unicité du point de vue sur le travail professionnel

Une première limite importante de ce travail tient à son cadre conceptuel : la kinésithérapie est abordée dans une optique monographique, voire sous le seul prisme de son inscription dans le champ médical. Si celui-ci est heuristique pour saisir les tensions entre alignement et subversion vis-à-vis du groupe

¹⁷³² A. DESROSIERES et E. DIDIER, *Prouver et gouverner*, op. cit.

¹⁷³³ P. BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science*, op. cit.

¹⁷³⁴ P. PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? », art. cit.

professionnel dominant¹⁷³⁵, il néglige dans le même temps les kinésithérapeutes qui choisissent d'autres voies mais aussi les groupes professionnels plus extérieurs.

Cette monographie propose une comparaison avec le modèle médical (via les analyses déjà existantes) voire, sur certains points particuliers, avec les infirmières. Des comparaisons internationales, avec les situations de kinésithérapeutes québécois (en utilisant le travail de Julien Prud'homme) ou européens (avec production de données propres concernant les situations belges, espagnoles ou portugaises) sont aussi proposées, principalement pour déconstruire et reconstruire l'objet d'analyse¹⁷³⁶, la kinésithérapie française. En cela ce travail n'a pas visé à mener une comparaison termes à termes entre situations nationales¹⁷³⁷.

Pourtant, même en restant à l'échelle française, d'autres formes de comparaisons plus systématiques auraient pu être tentées avec d'autres groupes professionnels proches (par exemple quant à leur travail ou leur intérêt pour les soins corporels et moteurs), mais qui s'inscrivent dans des logiques de légitimité différentes.

C'est ainsi que l'émergence de l'ostéopathie, en tension entre une forme de spécialisation kinésithérapique et une autonomisation et construction comme groupe professionnel à la fois proche et concurrent, n'a pas été analysée¹⁷³⁸. Pourtant, cette forme de sortie du champ médical peut présenter des intérêts : ces écoles sont chères et peu contrôlées par l'Etat, ce qui pose la question des capitaux nécessaires pour accéder à la formation et de ce que cela dit des ostéopathes. Dans le même temps, la question du savoir et du savoir-faire transmis dans ces formations dites « alternatives » est là aussi un angle mort. Il est peu crédible que ceux-ci soient indépendants de la science médicale, ne serait-ce, d'une part, par la propension à l'universalisme du savoir biologique et, d'autre part, par la protection légale de la médecine sur son domaine, qui contraint les acteurs qui souhaitent s'adresser à des *patients*. Enfin, le développement de l'ostéopathie peut être appréhendé comme un marqueur des manques de la médecine et de la kinésithérapie sur tout un espace du soin, ce qui laisse une place à des groupes professionnels nouveaux.

Dans le même ordre d'idée, un autre groupe professionnel non étudié ici est celui des enseignants en Activités Physiques Adaptées. Selon un mode de concurrence fort différent des ostéopathes, ces acteurs

¹⁷³⁵ Patrice Pinell notamment mobilise la notion de champ pour analyser les luttes intestines à la médecine. P. PINELL, « Fléau moderne et médecine d'avenir [La cancérologie française entre les deux guerres] », art. cit.

¹⁷³⁶ Laure DE VERDALLE, Cécile VIGOUR et Thomas LE BIANIC, « S'inscrire dans une démarche comparative: Enjeux et controverses », *Terrains & travaux*, N° 21-2, 2012, p. 5.

¹⁷³⁷ En ce sens une même « grille d'analyse » n'a pas été mise en œuvre, le projet de recherche s'attachant à comprendre le déplacement des kinésithérapeutes français plus qu'à faire une comparaison des procédés de professionnalisation européens. Il est à noter, cependant, qu'un tel travail se révélerait sans doute heuristique, au-delà des objets eux-mêmes, pour interroger les différents cadres nationaux de pensée et les traditions sociologiques d'analyse. Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 113.

¹⁷³⁸ Pierre Aïach et Didier Fassin notaient déjà des tentations « ostéopathiques » des kinésithérapeutes il y a près de 30 ans : « une proportion importante de ces kinésithérapeutes délaisse son identité et son statut d'auxiliaire médical, pour se présenter uniquement comme acupuncteur ou ostéopathe, parfois naturopathe etc ». P. AÏACH et D. FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, op. cit., p. 221.

intègrent là encore un espace du soin souvent proche des kinésithérapeutes, depuis les années 1990 pour les pionniers et de manière incrémentale depuis. Alors que la concurrence avec les ostéopathes semble plus porter sur le secteur libéral, celle avec les enseignants APA se trouve, à ce jour¹⁷³⁹, plus au niveau des secteurs salariés (centres de rééducation notamment)¹⁷⁴⁰. Les trajectoires historiques aussi divergent : la position ambiguë des kinésithérapeutes à l'égard de l'ostéopathie tient à la place des « kiné-ostéos » en France et à son image de refuge pour des kinésithérapeutes sortant du champ médical. A l'inverse, les enseignants APA n'ont jamais été un groupe professionnel à la main des kinésithérapeutes : ils sont formés dans des institutions distinctes des filières de santé¹⁷⁴¹ (UFR STAPS le plus souvent mais aussi via des filières plus professionnelles comme des brevets d'Etat¹⁷⁴²). Alors que les kinésithérapeutes dépendent historiquement des médecins pour les savoirs supportant leurs velléités, les enseignants APA s'appuient sur la production universitaire STAPS¹⁷⁴³.

Ostéopathe d'un côté (savoir alternatif, techniques ésotériques, distance à la médecine) et enseignants APA de l'autre (savoir académique légitime, espace des sports assez autonome) pourraient ainsi être des révélateurs tout aussi puissants de la position des kinésithérapeutes que la tutelle médicale plus approfondie ici. L'analyse des négociations avec ces groupes professionnels est donc un point aveugle de cette thèse, malgré les enjeux de mises à distance, absorptions, hiérarchisations réciproques et délégations du « sale boulot » qu'ils peuvent révéler.

L'autre limite importante de cette thèse correspond à l'unicité du point de vue. Celui exploré est celui des kinésithérapeutes, laissant de côté le point de vue de leurs patients. Or, de la même manière que le pathologique est d'abord le résultat d'un ressenti subjectif d'un patient¹⁷⁴⁴, le travail du professionnel gagne à être analysé du point de vue du client. Si quelques familles ont été enquêtées à propos du travail en kinésithérapie pédiatrique, ce regard des patients manque. Le partage du travail en santé doit pourtant nécessairement passer par leur assentiment¹⁷⁴⁵. L'analyse des tensions autour de la régulation

¹⁷³⁹ Il n'est pourtant pas impossible qu'une relation de concurrence s'instaure en libéral autour de la pratique de l'activité physique sur ordonnance, pour l'instant encore à ses débuts.

¹⁷⁴⁰ C. PERRIN, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », art. cit.

¹⁷⁴¹ Ou très brièvement, si l'on prend en considération les Instituts Régionaux d'Education Physique où la domination médicale est palpable entre 1927 et 1937. J. DEFRANCE et T. EL BOUJOUFI, « Qui a peur du pouvoir médical ? », art. cit ; T. EL BOUJOUFI et J. DEFRANCE, « De l'éducation physique à l'université », art. cit.

¹⁷⁴² Christelle MARSAULT, « Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal », *Sciences sociales et sport*, 10-1, 2017, p. 21 ; Denis Bernardeau MOREAU et Matthieu DELALANDRE, « La valorisation des compétences d'innovation : l'exemple de l'éducateur sportif », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 145, 2019, p. 22.

¹⁷⁴³ Philippe TERRAL, « La question de la construction des savoirs au sein de la « communauté éducation physique et sportive » », *Staps*, no 62-3, 2003, p. 75-88.

¹⁷⁴⁴ Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, PUF., Paris, 1991.

¹⁷⁴⁵ Au-delà d'un assentiment, il est probable que les clients contribuent à établir une profession, comme le suggère Thierry Pillon et François Vatin : « la considération d'un métier n'est pas indépendante des représentations sociales de l'activité. La valorisation actuelle de la médecine, par exemple, n'est pas étrangère à l'intérêt que nous accordons de nos jours au corps et à la santé ». T. PILLON et F. VATIN, *Traité de sociologie du travail*, op. cit, p. 278.

démographique des kinésithérapeutes, si elle a porté d'abord sur les mécanismes de l'action publique, ignore ainsi la demande en soin des populations. Les différences des comportements estudiantins en stage, révélatrices de socialisations variables selon les pays de formation, auraient gagné à être analysées du point de vue des patients qui reçoivent ces soins. Le risque quant à cet angle mort est celui du manque de décentrage de l'enquêteur, ici majoré par ma position indigène : la propension à l'ésotérie du savoir et du travail des professionnels tend à ramener le sociologue à l'analyse des comportements de ceux-ci. Mais le bon soin passe aussi par le ressenti du patient¹⁷⁴⁶. Les conséquences concrètes du mouvement de professionnalisation des kinésithérapeutes ne doivent donc pas être réifiées ici. Cette question reste d'autant plus en suspens qu'il a été démontré combien l'approche de la recherche des kinésithérapeutes est biomédicale. La relation soignante est ainsi relativement ignorée par leur recherche académique, alors qu'il s'agit, avant tout, de répondre à une demande de soin au sens large¹⁷⁴⁷.

5) Prolongements

Un premier prolongement est en lien avec une limite de ce travail : sa faible démarche comparative. Si des cursus européens de kinésithérapeutes sont parfois mis en regard, ou que le positionnement des groupes professionnels infirmiers ou médecins sont parfois analysés, le processus n'est pas systématique¹⁷⁴⁸. Les éléments apportés quant à la professionnalisation d'une activité gagneraient pourtant à être recherchés au sein d'autres métiers. Si les ostéopathes ou les enseignants APA ont été cités, de par leur proximité aux kinésithérapeutes, d'autres métiers de la santé peuvent présenter des caractéristiques permettant de discuter les constats dressés ici. Tout en restant dans le champ médical, il peut même être porteur de s'éloigner des métiers s'occupant de problématiques motrices pour ne pas rester prisonnier des relations de concurrences, collaborations et hiérarchisations qui y ont cours. L'intérêt serait d'établir une comparaison des caractères prudentiels de l'activité, des conditions de travail et des profils sociaux avec ce qui a été relevé ici pour les kinésithérapeutes. Les diététiciennes, notamment, présentent des caractéristiques intéressantes car très proches des kinésithérapeutes sur de nombreux points : il s'agit là encore d'une profession paramédicale, formée selon un programme très biomédical (même si ces formations ne sont pas en écoles de santé mais en IUT, publics, ou en BTS, publics ou privés), avec une forte soumission aux nosologies médicales et aux conséquences

¹⁷⁴⁶ Léonie Hénaut propose ainsi que le diagnostic ne soit pas en concurrence uniquement entre médecins et paramédicaux mais aussi entre patients et praticiens : « *établir un diagnostic signifie désormais déléguer une partie de l'exercice du jugement à de outils standardisés, impliquer les clients ou usagers dans sa production, et l'ajuster en fonction du rôle joué dans les réseaux de coopération professionnelle* ». Léonie HÉNAUT, « Etablir un diagnostic dans un environnement "surpeuplé" : quelles conséquences sur l'autonomie du jugement professionnel? Commentaires », *Sciences Sociales et Santé*, 39-1, 2021, p. 101-108.

¹⁷⁴⁷ D. FASSIN, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

¹⁷⁴⁸ Si ce travail a tenté de ne pas réduire la comparaison à quelques paramètres allant systématiquement dans le sens de l'hypothèse, elle reste, malgré tout, incomplète par rapport à la définition que peut en donner Patrick Hassenteufel. P. HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », art. cit.

chirurgicales (régimes pour diabétiques, alimentation adaptée suite à des opérations gastro entérologiques par exemple). La diététique partage avec la kinésithérapie une forme de délaissement par les médecins : la spécialité de tutelle (la médecine nutritionnelle) est une spécialité très dominée, les actes sont d'apparence assez profane (l'alimentation consommée), non instrumentaux et nécessitant un temps de travail par patient long (enquêter sur l'alimentation, proposer des changements)¹⁷⁴⁹. Pourtant, derrière ce travail délaissé par les médecins, là-encore des possibles prudents semblent envisageables : l'alimentation est une pratique hautement singulière, chargée de déterminants culturels et sociaux, avec des implications biologiques, thérapeutiques ou préventives indéniables. Autrement dit, cela semble être un terrain fertile d'arbitrages entre différentes notions peu réductibles les unes aux autres. Ainsi, de nombreux aspects importants du processus de professionnalisation analysé dans cette thèse semblent comparables avec les kinésithérapeutes. A l'inverse la faible socialisation des coûts des soins de ville entraîne un travail plus fréquent en hôpital qu'en libéral, ce qui soumet ce métier au regard médical. Une autre différence importante tient aux caractéristiques genrées (ce sont essentiellement des femmes) alors que les origines sociales tendent à se rapprocher des kinésithérapeutes (au moins pour les formations scolairement sélectives en IUT¹⁷⁵⁰) : une enquête préparatoire a été menée auprès d'un IUT du sud de la France préparant ce diplôme. 4 promotions successives y ont été enquêtées par questionnaire (annexe 6) de 2018 à 2022 avec un bon taux de participation (1 seul étudiant n'a pas répondu sur les 4 ans, pour 88 étudiants au total), avec un format proche de celui administré aux étudiants kinésithérapeutes durant la thèse (questionnaire papier proposé in-situ, questions alignées sur le questionnaire des kinésithérapeutes). Dans cette structure (sans doute plus sélective scolairement que les BTS privés), les étudiantes enquêtées sont essentiellement des jeunes femmes (85,2% de nos répondantes), de milieux sociaux proches des kinésithérapeutes (38,6% de « chefs de famille » cadres supérieurs, 18,2% d'enfants d'employés ou ouvriers agrégés, mais seulement 3,4% d'enfants de commerçants, artisans, chefs d'entreprise), dotées de forts capitaux scolaires (12,5% de mentions très bien au baccalauréat, 31,8% de mentions bien¹⁷⁵¹), possiblement liés à des stratégies familiales (40,9% de latinistes). Partageant avec les kinésithérapeutes un travail d'apparence profane mais où, pourtant, des nécessités d'arbitrages prudents sont envisageables (adaptations singulières, diagnostics, pronostics et conséquences bio-psycho-sociales du travail), les diététiciennes semblent, elles aussi, disposer de capitaux culturels et scolaires (même si les impétrantes via les BTS sont susceptibles d'avoir des origines sociales différentes). Les différences peuvent alors porter sur le genre et le cadre de travail plus ou moins émancipateur. Ce projet de recherche comparative semble alors prometteur pour discuter les apports de

¹⁷⁴⁹ Anette Hindhede et Kristian Larsen établissent une relation entre faible technologie, faible invasivité, aspect non urgent des soins et une place dominée dans la hiérarchie médicale, autant d'attributs partagés par les kinésithérapeutes et les diététiciennes. A. L. HINDHEDE et K. LARSEN, « Prestige Hierarchies and Relations of Dominance Among Healthcare Professionals », art. cit.

¹⁷⁵⁰ Il est envisageable que les BTS accueillent des étudiants d'origines sociales différentes, d'autant qu'un certain nombre sont privés, accessibles notamment via des capitaux économiques.

¹⁷⁵¹ A noter que les IUT sont une filière pensée comme débouchée des baccalauréats technologiques. Ici 87,5% ont un bac S, même si 9.1% ont un bac STL (sciences et techniques de laboratoire).

cette thèse (notamment le rôle des capitaux culturels et sociaux, à étudier dans le détail de la population plus large des impétrantes via BTS, notamment privés).

Outre la comparaison avec d'autres groupes professionnels, il serait nécessaire d'approfondir le rôle et l'évolution du cadre de travail : en effet cette thèse pointe l'importance du cadre libéral dans l'autonomisation des kinésithérapeutes. Si les CHU peuvent être une ressource pour la formation ou pour la recherche scientifique, les kinésithérapeutes y sont soumis au regard médical et, sans doute, de plus en plus à des contraintes sur l'organisation de leur travail¹⁷⁵². L'exercice libéral est donc une ressource précieuse pour ce groupe professionnel afin de développer son activité et répondre directement aux questions ayant trait aux troubles moteurs. A ce titre, les mouvements actuels de rationalisation du travail libéral via la régulation des installations¹⁷⁵³ et d'injonctions à rejoindre des exercices coordonnés¹⁷⁵⁴, c'est-à-dire sous autorité médicale, interrogent.

Au-delà des questions d'adéquation de ces mesures avec la réponse à un besoin de soin¹⁷⁵⁵ ou de l'attractivité nouvelle de ces exercices coordonnés pour les médecins¹⁷⁵⁶ (et l'espoir ainsi suscité de « remédicaliser » certains territoires¹⁷⁵⁷), cela interroge sur les dynamiques professionnelles et de dominations sous-jacentes¹⁷⁵⁸. Remettre des personnels dominés sous la responsabilité directe (« la coordination ») des médecins (leur présence est obligatoire pour prétendre à un exercice coordonné)

¹⁷⁵² A l'image des infirmières étudiées par Fanny Vincent. F. VINCENT, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public.*, op. cit.

¹⁷⁵³ A ce jour toujours bloqué pour les médecins français. P. HASSENTEUFEL, F.-X. SCHWEYER, T. GERLINGER et R. REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », art. cit.

¹⁷⁵⁴ Même si Anne Moyal montre que l'exercice coordonné offre des ressources à certains acteurs, elle analyse la montée de ces structures comme une mise sous contrainte de l'exercice libéral. A. MOYAL, « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles », art. cit.

¹⁷⁵⁵ Nadège VEZINAT, « Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2021, p. 293-304.

¹⁷⁵⁶ « *Jeunes femmes et hommes médecins comptent leur temps professionnel et veulent maîtriser leur disponibilité. Or, et c'est là le point essentiel, ces nouvelles attitudes par rapport à la pratique médicale sont clairement favorables à la sortie du modèle individualiste du XIXème et XXème siècles. Exercer en groupe, éventuellement avec des paramédicaux, constitue le meilleur moyen de ne pas être confronté à l'isolement, de maximiser le temps consacré à sa pratique tout en mutualisant les tâches administratives* ». F. PIERRU, « Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? », art. cit.

¹⁷⁵⁷ Nadège Vezinat évoque les maisons de santé comme des réponses aux problématiques des médecins, à savoir les questions du « *manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste (par rapport à celle de spécialiste), de la désertification médicale de certains territoires et de la difficulté à organiser la complémentarité entre médecine hospitalière et médecine de ville* ». Nadège VEZINAT, « 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles », in *Les mutations du travail*, Paris, La Découverte, 2019, p. 117-134.

¹⁷⁵⁸ Anne Moyal a partiellement approché ces questions en proposant que les paramédicaux puissent, parfois, obtenir quelques prérogatives en maisons de santé, mais plus de l'ordre de la délégation autorisée par le contrôle médical (de « dirty job » ?) que du gain d'autonomie. Nadège Vezinat, quant à elle, a abordé le sujet sous l'angle de la domination institutionnelle et montre que les médecins généralistes sont en position de force pour imposer leurs vues, y compris contre les règles démocratiques qu'ils ont parfois contribué à établir. A. MOYAL, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP », art. cit ; N. VEZINAT, « 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles », art. cit.

entraîne certainement une réévaluation de leurs pratiques à l'aune du jugement de la profession dominante.

Quant à la « gestion spatiale et populationnelle »¹⁷⁵⁹ par la régulation à l'installation, le chapitre 3 montre qu'elle présente des proximités à la fois avec la comptabilisation des actes soignants réalisés¹⁷⁶⁰ et avec la politique malthusienne de gestion de l'offre de soin¹⁷⁶¹. Il est alors douteux qu'une politique associant les deux tendances, comptabilité fine du nombre de soignants libéraux (tendant vers une moyenne) sur le territoire et politique de rationalisation budgétaire par le nombre d'effecteurs des soins¹⁷⁶², ne se fasse sans réarrangement du rapport entre administrations régulatrices et acteurs soignants.

Un travail sur les dynamiques de professionnalisation en santé ne peut donc s'envisager sans intégrer les effets à venir de ces deux politiques publiques.

Enfin, partiellement en lien avec le prolongement précédent, la montée du cadre comptable interroge le développement des sciences de la santé et leurs effets. L'institutionnalisation de filières académiques pour des auxiliaires des médecins est ainsi un acte politique démontrant l'intérêt pour le travail réalisé par ces personnels. Au sein de la CNU sciences de la rééducation et de la réadaptation notamment, le choix des pionniers nommés pour y siéger est d'importance. Il a été montré combien leur vision de la science est essentiellement une reprise à leur compte de l'approche biomédicale¹⁷⁶³ et que cette façon de voir les conduits à s'ériger en « gate keepers », amenés à juger des approches légitimes dans leur champ disciplinaire. Leur position pourtant dominée dans l'espace de la recherche médicale ouvre alors des perspectives intéressantes : si le cas des médecins montre une capacité à amoindrir les résultats de la recherche quand ils menacent leur autonomie, cela est vraisemblablement moins le cas pour ces auxiliaires. Il est envisageable que les tensions en résultant au sein du groupe professionnel en soient d'autant plus fortes entre élite édictant la pratique légitime (sur critères « scientifiques ») et des soignants en action pris entre les « preuves » des chercheurs et les « règles » imposées par la profession médicale et les administrations de tutelle (ne plus se voir prescrit de kinésithérapie respiratoire, voir cet acte être

¹⁷⁵⁹ N. VEZINAT, « Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé », art. cit.

¹⁷⁶⁰ Testés en hôpital via les PMSI et T2A. P.-A. JUVEN, F. PIERRU et F. VINCENT, *La casse du siècle*, op. cit.

¹⁷⁶¹ Via la formation jusqu'à présent. M.-O. DEPLAUDE, *La hantise du nombre*, op. cit.

¹⁷⁶² Frédéric PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie », in *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 393-449.

¹⁷⁶³ A titre d'exemple, une publication, qu'un des membres de la CNU (cursus universitaire plutôt psychologique, le conduisant à être le « référent » des approches en sciences humaines) m'a lui-même indiquée est représentative de sa position, il y indique : « *L'un des défis majeurs que la psychomotricité devra relever est celui de l'évaluation de son efficacité thérapeutique. Aussi, le développement de la thérapie psychomotrice basée sur les preuves devrait, dès à présent, être encouragé par les professionnels eux-mêmes. Force est de constater l'absence de consensus à ce sujet. La thérapie psychomotrice basée sur les preuves se heurte, en effet, à l'opposition farouche de nombreux psychomotriciens qui rejettent toute approche spécifique des troubles psychomoteurs. Mais le souci éthique de transparence, en vigueur dans notre société, exige l'évaluation des pratiques de soins. L'avenir de la psychomotricité, en tant que discipline paramédicale, est donc tributaire de sa capacité à fournir un niveau de preuve suffisant quant à l'efficacité thérapeutique de ses pratiques professionnelles* ». Publié par cet acteur dans une revue biomédicale francophone (nous soulignons).

peu remboursé). De plus, si actuellement le paradigme de recherche dominant est clairement à l'avantage d'une approche par la statistique inférentielle (essais réduits à un groupe et généralisation à toute population « semblable »), la mutation comptable de certains instruments de politiques publiques peut ici aussi trouver une modalité d'expression : il est possible que l'ère des « big data » (c'est-à-dire des mesures systématiques de paramètres sur tous les patients¹⁷⁶⁴) mettent en tension ces approches scientifiques, avec de nouveaux réarrangements. A l'inverse, la curiosité de certains représentants étudiants pour les approches qualitatives issues des sciences sociales est susceptible de discuter le paradigme inférentiel d'une manière diamétralement opposée à l'approche « big data ». Un projet de recherche autour de ces tensions contemporaines sur un espace scientifique en cours d'institutionnalisation est prometteur pour éclairer à la fois les vecteurs contemporains de la crédibilité scientifique, les tensions autour d'un instrument majeur de la professionnalisation et, in fine, les relations de domination entre groupes sociaux.

¹⁷⁶⁴ Pour une tribune en ce sens, lire L. BOYER, P. AUQUIER, G. FOND, « Données de vie réelle et Covid-19 : la troisième voie », *L'Encéphale*, 46-3, 2020, p. 114-115.

Bibliographie

Andrew Delano ABBOTT, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

Pierre AÏACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos : Diffusion Economica, 1994.

Pierre AÏACH et Didier FASSIN, *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Ed. de l'Espace européen, 1992.

Muge AKPINAR-ELCI, Omur Cinar ELCI et Murat CIVANER, « Care Drain », in Henk TEN HAVE (dir.), *Encyclopedia of Global Bioethics*, Cham, Springer International Publishing, 2015, p. 1-7.

Cambrosio ALBERTO et Keating PETER, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », *médecine/sciences*, 19, 2003, p. 1280-1287.

Reem ALHASHMI et Christopher R MATTHEWS, « 'He may not be qualified in it, but I think he's still got the knowledge': Team-doctoring in combat sports », *International Review for the Sociology of Sport*, 57-1, 2021, p. 146-163.

Annabelle ALLOUCH, « L'ouverture sociale par le marché?: Sociologie de la captation des classes populaires à l'université d'Oxford », *Revue française de sociologie*, 58-2, 2017, p. 233.

Norbert ALTER, *Sociologie du monde du travail*, Paris, Presses universitaires, 2012.

Susana AMARAL et Ana Paula MARQUES, « Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente », in *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais., Lisboa, 2014, p. 141-158.

Thomas AMOSSE, « Catégories socioprofessionnelles : quand la réalité résiste ! Après le crépuscule, une aube nouvelle ? », *Revue Française de Socio-Économie*, 10-2, 2012, p. 225.

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, « Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé », *Santé Publique*, 23-2, 2011, p. 77.

Nels ANDERSON, François de SINGLY et Olivier SCHWARTZ, *Le Hobo: sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011.

Anne-Marie ARBORIO, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, N° 90-3, 2007, p. 26.

Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2001.

Camilo ARGIBAY, « Des militants en costume cravate. Regard socio-historique sur l'engagement des dirigeants étudiants de la MNEF (1973-1986) », *Le Mouvement Social*, 248-3, 2014, p. 93.

Michel ARLIAUD et Magali ROBELET, « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du Travail*, 42-1, 2000, p. 91-112.

Jérôme AUST, Cécile CRESPIY et Audrey VEZIAN, « 4. Sortir des compétences pour investir dans la connaissance: Les conseils régionaux face à l'enseignement supérieur et à la recherche », in *Les politiques régionales en France*, La Découverte, 2011, p. 117-134.

Jérôme AUST et Clémentine GOZLAN, « Des instruments contestés. Emergence et effets de la critique des instruments du gouvernement de la recherche en France (1961-2015) », *Revue française de science politique*, 68-3, 2018, p. 493-514.

Jérôme AUST, Harold MAZOYER et Christine MUSSELIN, « Se mettre à l'IDEX ou être mis à l'index: Conformations, appropriations et résistances aux instruments d'action publique dans trois sites d'enseignement supérieur », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2018, p. 9.

Michel AUTES, « La régionalisation des formations sanitaires et sociales: Les risques d'un déséquilibre », *Informations sociales*, n° 135-7, 2006, p. 48.

Bertrand BADIE et Pierre BIRNBAUM, *Sociologie de l'Etat*, Paris, Pluriel, 2018.

Stéphane BALAS, « Kinésithérapeute, un métier de référence », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 12-2, 2011, p. 223.

Magali BALLATORE, « La mobilité étudiante en Europe. Une lente institutionnalisation sans réelle démocratisation », *Hommes & migrations*, 1317-1318, 2017, p. 79-86.

Richard BALME et Sylvain BROUARD, « Les conséquences des choix politiques: choix rationnel et action publique », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 33.

Fabrice BARDET, *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, Paris, Belles lettres, 2014.

Lorenzo BARRAULT-STELLA et Cédric HUGREE, « Maîtriser l'école, instrumentaliser l'État?: Les rapports à l'école et aux institutions publiques dans les classes supérieures », *Politix*, n° 130-2, 2020, p. 103.

Julien BARRIER et Emmanuelle PICARD, « Les universitaires, combien de divisions? Lignes de fracture et transformations de la profession académique en France depuis les années 1990 », *Revue française de pédagogie*, 207, 2020, p. 19-28.

Julien BARRIER, Olivier QUERE et Rachel VANNEUVILLE, « La fabrique des programmes d'enseignement dans le supérieur », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 1-31.

Isabelle BASZANGER, « Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, 22-2, 1981, p. 223.

Stéphane BEAUD, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 9-35, 1996, p. 226-257.

Ulrich BECK, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2015.

Howard Saul BECKER, *Boys in white: student culture in medical school*, New Brunswick, N.J, Transaction Books, 1977.

Howard Saul BECKER, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, New York, Free Press of Glencoe, 1963.

Howard Saul BECKER, *Sociological work. Method and substance*, Academic Press Fribourg, 1962.

Aude BELIARD et Jean-Sébastien EIDELIMAN, « 6 : Au-delà de la déontologie : Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, 2008, p. 123-141.

Nicolas BELORGEY, « Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier », *Revue française d'administration publique*, N°174-2, 2020, p. 405.

Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2012, p. 9.

Nicolas BELORGEY, « Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public » EHESS, Paris, 2009.

Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital: Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et emploi*, 152, 2017, p. 5-31.

Monique BENOIT, Roger PILON, Anne-Marise LAVOIE et Pierre PARISEAU-LEGAULT, « Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario », *Santé Publique*, 29, 2017, p. 693-706.

Henri BERGERON et Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, 2e éd., Paris, PUF, 2018.

Henri BERGERON et Patrick CASTEL, « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? La redécouverte de l'ordre mésologique et de l'agency », *L'Année sociologique*, 66-1, 2016, p. 31-72.

Henri BERGERON et Patrick CASTEL, « Normalité, normalisation et normation », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 4, 2015, p. 7-14.

Henri BERGERON, Patrick CASTEL et Boris HAURAY, « Evidence-based medicine », in Emmanuel HENRY (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise: santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 140-148.

Hugo BERTILLOT, « Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France », *Informations sociales*, n° 198-3, 2018, p. 38.

Julien BERTRAND, Christel COTON et Sabrina NOURI-MANGOLD, « Des écoles d'excellence en dehors de l'École: Formation au Métier et classements scolaires », *Sociétés contemporaines*, N° 102-2, 2016, p. 75-102.

Sylvain BESLE et Émilien SCHULTZ, « Utiliser la recherche pour soigner le cancer : l'innovation biomédicale localisée: », *Revue française de sociologie*, Vol. 61-3, 2021, p. 405-433.

Céline BESSIERE, Sibylle GOLLAC et Muriel MILLE, « Féminisation de la magistrature : quel est le problème ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 36-2, 2016, p. 175.

Sabine BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 17.

Francesca BETTIO, Annamaria SIMONAZZI et Paola VILLA, « Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean », *Journal of European Social Policy*, 16-3, 2006, p. 271-285.

Philippe BEZES, « Contraintes budgétaires », in *Dictionnaire d'économie politique: capitalisme, institutions, pouvoir*, Paris, SciencesPo les presses, 2018, p. 111-117.

Philippe BEZES, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française, 1962-2008*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

Philippe BEZES, Didier DEMAZIERE, Thomas LE BIANIC, Catherine PARADEISE, Romuald NORMAND, Daniel BENAMOUZIG, Frédéric PIERRU et Julia EVETTS, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53-3, 2011, p. 293-348.

Philippe BEZES et Christine MUSSELIN, « Le New Public Management. Entre rationalisation et marchandisation », in *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2015, p. 125-152.

Sirma BILGE, « De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe », *L'Homme et la société*, 176-177-2, 2010, p. 43.

Ann-Charlotte BIVALL, Annika LINDH FALK et Maria GUSTAVSSON, « Students' interprofessional workplace learning in clinical placement », *Professions and Professionalism*, 11-2, 2021.

Marie-Jeanne BLAIN, Sylvie FORTIN et Fernando ALVAREZ, « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée », *Revue européenne des migrations internationales*, 30-3-4, 2014, p. 139-162.

Marianne BLANCHARD, « Modalités de recrutement et hiérarchisation des écoles supérieures de commerce en France (1970-1990) », *Sociologie*, 10-2, 2019, p. 187.

Marianne BLANCHARD, « Le rôle de la concurrence dans l'essor des écoles supérieures de commerce », *Revue française de sciences sociales Formation Emploi*, 119, 2014, p. 7-30.

Marianne BLANCHARD, Séverine CHAUVEL et Hugo HARARI-KERMADEC, « La concurrence par la sélectivité entre masters franciliens », *L'Année sociologique*, 70-2, 2020, p. 423.

Marianne BLANCHARD, Sophie ORANGE et Arnaud PIERREL, « La noblesse scientifique: Jugements scolaires et naturalisation des aspirations en classes préparatoires aux grandes écoles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 220-5, 2017, p. 68.

Patricia BLANCHETTE, Maud-Christine CHOUINARD et Jacques-André GUEYAUD, « Les pratiques évaluatives d'enseignants en soins infirmiers lors des stages : une étude descriptive qualitative », *Recherche en soins infirmiers*, 129, 2017, p. 60-72.

Géraldine BLOY, « A quoi bon former des medecins generalistes ? Un modele d'apprentissage et un modele professionnel sous tensions », *Revue Française des affaires sociales*, 2-1, 2014, p. 169-191.

Géraldine BLOY, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 101.

Géraldine BLOY, Laetitia MOUSSARD PHILIPPON et Laurent RIGAL, « Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation », *Santé Publique*, HS S1, 2016, p. 153-161.

Claire BODELET, « Embarquer avec les clowns à l'hôpital », *Communications*, 102-1, 2018, p. 111.

Dominique BODIN, Stéphane HEAS et Luc ROBENE, « Les goûts sportifs : entre distinction et pratique élective raisonnée », *Sociologie et sociétés*, 36-1, 2004, p. 187.

Romuald BODIN et Mathias MILLET, « L'université, un espace de régulation. L'« abandon » dans les lers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », *Sociologie*, 2-3, 2011, p. 225.

Romuald BODIN et Sophie ORANGE, « Déjouer les pronostics scolaires et les destins sociaux. Sur quelques représentations et usages de la filière Staps », *Sciences sociales et sport*, N° 14-2, 2019, p. 31.

Romuald BODIN et Sophie ORANGE, « La barrière ne fera pas le niveau: La sélection à l'université : une fausse solution à un problème mal posé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 199-4, 2013, p. 102.

Alain BOISSINOT, « L'enseignement supérieur dans le système éducatif : une histoire de frontières », *Administration & éducation*, N°160-4, 2018, p. 9.

Luc BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26-1, 1971, p. 205-233.

Olivier BONED, « Les mutuelles en Europe : le défi de l'identité », *Vie sociale*, 4-4, 2008, p. 131.

Laure BONNAUD et Nicolas FORTANE, « L'État sanitaire de la profession vétérinaire. Action publique et régulation de l'activité professionnelle », *Sociologie*, 9-3, 2018, p. 253.

Stéphane BONNERY, « Recherches sur l'éducation : éviter les tentations relativistes: », *La Pensée*, N° 408-4, 2022, p. 34-43.

Isabelle BORRAS et Nathalie BOSSE, « Les universités françaises à l'heure de la formation tout au long de la vie : une ultime chance d'ouverture aux adultes ? », *Formation emploi*, 138, 2017, p. 117-138.

Raymond BOUDON, *L'inégalité des chances: la mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris, Pluriel, 2011.

Pierre BOURDIEU, *Les usages sociaux de la science: pour une sociologie clinique du champ scientifique une conférence-débat*, Nouvelle éd., Versailles, Éditions Quae, 2018.

Pierre BOURDIEU, « Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975: Introduction de Patrick Champagne », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200-5, 2013, p. 4.

Pierre BOURDIEU (dir.), *Questions de sociologie*, Repr., Paris, Ed. de Minuit, 2009.

Pierre BOURDIEU, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit, 2002.

Pierre BOURDIEU, « Le champ journalistique et la télévision ».

Pierre BOURDIEU, *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.

Pierre BOURDIEU, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

Pierre BOURDIEU, « Systèmes d'enseignement et systèmes de pensée », *Revue internationale des sciences sociales*, 19-3, 1967, p. 367-388.

Pierre BOURDIEU, J.-C. CHAMBOREDON et Jean Claude PASSERON, *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques*, 2. éd., Paris, Mouton, 1973.

Pierre BOURDIEU et Jean Claude EICHER, *Capital humain, capital culturel*, Ecole Normale Supérieure de St Cloud, 1977.

Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON, *Les héritiers: les étudiants et la culture*, Paris, Les Éd. de Minuit, 1994.

Catherine BOURGAIN et Claire BEAUDEVIN, « Au-delà de la technologie : travailler à la fiabilité de la prédiction génétique », *Médecine et philosophie*, 2, 2020, p. 34-39.

Ivy BOURGUEULT, Jungwee PARK, Dafna KOHEN, Jelena ATANACKOVIC et Yvonne JAMES, « A Gendered Analysis of Work, Stress and Mental Health, Among Professional and Non-Professional Workers », *Professions and Professionalism*, 11-2, 2021.

Yann BOURGUEIL et Magali ROBELET, « Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, 33, 2000, p. 2.

Pascale BOURRET et Philippe LE MOIGNE, « Essais cliniques, production de la preuve et mutations de la biomédecine », *Sciences Sociales et Santé*, 32-3, 2014, p. 5-11.

Rémy BOUSSAGEON, « L'evidence based medicine (ebm) et la légitimité du pouvoir de guérir », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266-HS, 2011, p. 33.

Julien BOYADJIAN, « Le capital culturel structure-t-il (toujours) les goûts ? L'exemple des préférences cinématographiques des 18-20 ans », 12-1, 2021, p. 17.

Philippe BRAUD, *Sociologie politique*, 14e éd., Paris-La Defense, LGDJ, 2020.

Pierre-Henri BRECHAT, « Ajuster le financement sur la qualité et les besoins de santé », in *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 141-154.

Pascal BRIER et Jacques DEFRANCE, « La production de gymnastiques médicales pour les enfants malades hospitalisés au XIX siècle : spécialisation médicale et différenciation des gymnastiques », *Sciences sociales et sport*, 5-1, 2012, p. 13.

Christophe BROQUA, « L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant », *Genèses*, 75-2, 2009, p. 109.

Cécile BROUSSE, « L'édition 2008 de la classification internationale type des professions », *Epsilon*, 125, 2008, p. 5.

Rue BUCHER et Anselm STRAUSS, « Professions in Process », *American journal of Sociology*, 66-4, 1961, p. 325-334.

A. BUIL, D. FILLON-DEVYS, A. GRANGER, K. ROGER, N. THOMAS, G. APTER et E. DEVOUCHE, « Impact de l'installation en Flexion diagonale soutenue sur le maternage tactile spontané lors de la première séance de peau-à-peau en réanimation néonatale », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65-5, 2017, p. 289-298.

Hélène BUISSON-FENET, « Des professions et leurs doutes : procédures d'orientation et décisions de « reorientation » scolaire en fin de seconde », *Sociétés contemporaines*, 59-60-3, 2005, p. 121.

Thomas BUJON et Christine DOURLENS, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences Sociales et Santé*, 30-3, 2012, p. 33-58.

André BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2015.

Catherine BUSNEL et Catherine LUDWIG, « La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, 140, 2020, p. 7-16.

François BUTON, *L'administration des faveurs: l'État, les sourds et les aveugles (1789 - 1885)*, Rennes, Presses Univ. de Rennes, 2009.

François BUTON et Nicolas MARIOT, « Surmonter la distance. Ce que la socio-histoire doit aux sciences sociales », in *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 14.

Marlaine CACOUAULT-BITAUD, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, N° 5-1, 2001, p. 91.

Marlaine CACOUAULT-BITAUD et Geneviève PICOT, « Les médecins solaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession "féminine" ? », in *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 413-423.

Davide CALENDI et Andrea BELLINI, « The Challenging Integration Paths of Migrant Health Professionals: The Case of Filipino and Indian Nurses in the UK », *Professions and Professionalism*, 11-1, 2021.

Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Vendôme, Quadrige PUF, 1984.

Jean-Marie CARDEBAT, « V / Les nations face à la mondialisation », in *La mondialisation et l'emploi*, Paris, La Découverte, 2002, p. 91-109.

Jean-Yves CARLIER et Gautier BUSSCHAERT, « La libre circulation des personnes dans l'Union européenne : malheur aux immobiles ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, LII-4, 2013, p. 9.

Patrick CASTEL, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, 26-1, 2008, p. 9-32.

Patrick CASTEL, « Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p. 443.

Patrick CASTEL, « What's Behind a Guideline?: Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector », *Social Studies of Science*, n° 5-39, 2009, p. 743-764.

Patrick CASTEL et Ivanne MERLE, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 2002, p. 337-355.

Patrick CASTEL et Magali ROBELET, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-3, 2009, p. 98.

Robert CASTEL, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47-1, 1983, p. 119-127.

Robert CASTEL, *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, 1981.

Monique CASTILLO, « Du professionnalisme à l'éthique professionnelle », *Etudes*, 7-Tome415, 2011, p. 55-64.

Hélène CHAMBOREDON, Fabienne PAVIS, Muriel SURDEZ et Laurent WILLEMEZ, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 16-1, 1994, p. 114-132.

Florent CHAMPY, « Editorial : complexity, routines, and reflexivity in professional work », *Professions and Professionalism*, 8-1, 2018, p. 8.

Florent CHAMPY, *La sociologie des professions*, 2ème édition., Paris, Presses universitaires de France, 2012.

Florent CHAMPY, « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris, Presses universitaires de France, 2011 », *SociologieS, grands résumés*, , 2012, p. 12.

Florent CHAMPY, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.

Florent CHAMPY et Marc Olivier DEPLAUDE, « Comment parler des professions? », *www.laviedesidees.fr*, , 2015.

Florent CHAMPY et Liora ISRAËL, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 7.

Jean-Michel CHAPOULIE, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue Française de Sociologie*, 14-1, 1973, p. 86.

Charlène CHARLES, « Le travail social en intérim. Le cas des éducateur.rices intérimaires dans les foyers de l'enfance », *Sociologie*, 10-4, 2019, p. 435.

Frédéric CHARLES et Angèle GRÖVEL, « Devenir élève officier de la Marine marchande : socialisations et dispositions sociales d'accès au métier », *Carrefours de l'éducation*, n° 49-1, 2020, p. 239-256.

Jean-Émile CHARLIER, « Faire du processus de Bologne un objet d'analyse », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 109.

Guillaume CHEVILLARD, Véronique LUCAS-GABRIELLI et Julien MOUSQUES, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *Espace géographique*, 47-4, 2018, p. 362.

Ivan CHUPIN, « Du modèle professionnel national de formation à ses déclinaisons locales: Les logiques de différenciation des curricula dans deux écoles de journalisme », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 147.

Paul CLARK et Darlène CLARK, « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », *Santé publique*, 16-2, 2004, p. 207-224.

Carole CLAVIER, Patrick HASSENTEUFEL, Javier Francisco MORENO FUENTES et François-Xavier SCHWEYER, « Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni) », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 2011, p. 226.

R. H. COASE, « The Nature of the Firm », *Economica*, 4-16, 1937, p. 386-405.

Cécile COLLINET et Philippe TERRAL, « Une controverse scientifico-technique dans le monde des sciences du sport : le cas de l'électrostimulation », *Sociétés contemporaines*, 64-4, 2006, p. 67.

Philippe CORCUFF, « Respect critique », in *Pierre Bourdieu*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2008, p. 75-86.

Agnès COUFFINHAL, « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé*, 45, 2001, p. 6.

Philippe COULANGEON, « Les métamorphoses de la légitimité: Classes sociales et goût musical en France, 1973-2008 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 181-182-1, 2010, p. 88.

Philippe COULANGEON, « Lecture et télévision: Les transformations du rôle culturel de l'école à l'épreuve de la massification scolaire », *Revue française de sociologie*, 48-4, 2007, p. 657.

Baptiste COULMONT, « Le petit peuple des sociologues: Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, n° 107-2, 2017, p. 153-175.

M. I. P. de S. COUTINHO, J. A. da S. SERGIO, N. M. F. PAIVA DE SA et L. M. F. SALGUEIRO, « Contributos para a historiografia da fisioterapia em Portugal », *Fisioter. Bras*, 6-11, 2010, p. 469-475.

Thomas COUTROT, « Double journée et conditions du travail professionnel : une analyse statistique renouvelée », *Cahiers du Genre*, n° 70-1, 2021, p. 107-136.

Geneviève CRESSON, Marcel DRULHE et François-Xavier SCHWEYER, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Presses de l'EHESP., Rennes, 2003.

Sarah CROCHE, « Évolution d'un projet d'Europe sans Bruxelles Le cas du processus de Bologne », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 11.

Sarah CROCHE et Jean-Émile CHARLIER, « Bologne, dix ans après », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 5.

Michel CROZIER, *Le phénomène bureaucratique: essai sur tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Ed. du Seuil, 1971.

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 2014.

Muriel DARMON et Manuel SCHOTTE, « Classer des élèves, classer des coureurs: Les hiérarchies dans les institutions d'excellence », *Sociétés contemporaines*, 102-2, 2016, p. 45.

Alban DAVESNE et Sébastien GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954): Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *Politique européenne*, 41-3, 2013, p. 40.

Toni DEDEU, « Organisation des soins primaires en Catalogne », *Revue française des affaires sociales*, 1-3, 2010, p. 49.

François DEDIEU, « Alerte et catastrophe : le cas de la tempête de 1999, un risque scélérat », *Sociologie du travail*, 51, 2009, p. 379-401.

Jacques DEFRANCE et Taieb EL BOUJOUFI, « Qui a peur du pouvoir médical ? : À propos du mythe de la médicalisation de l'éducation physique, et de la mission d'Éducation pour la santé », *Movement & Sport Sciences – Science & Motricité*, 80, 2013, p. 5-13.

Matthieu DELALANDRE et Cécile COLLINET, « Activité physique et prévention des chutes, entre médicalisation et capacitation », *Gérontologie et société*, 40-2, 2018, p. 35.

Marie Laure DELAMAIRE et François-Xavier SCHWEYER, « Nationally moderate, locally significant : France and Health professional mobility from far and near », in *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European Countries*, 2011, p. 181-209.

Didier DEMAZIERE, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », *Formation emploi*, 101, 2008, p. 41-54.

Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009.

Marc Olivier DEPLAUDE, « Une fiction d'institution : “les besoins de santé” de la population », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Découverte, 2009, p. 255-272.

Marc Olivier DEPLAUDE, Jean François GIRARD et François BUTON, « Forum santé société “Manquons nous de médecins?” »

Marc-Olivier DEPLAUDE, *La hantise du nombre: une histoire des numerus clausus de médecine*, Les Belles Lettres., Paris, 2015.

Marc-Olivier DEPLAUDE, « Une xénophobie d'État ? : Les « médecins étrangers » en France (1945-2006) », *Politix*, 95-3, 2011, p. 207.

Marc-Olivier DEPLAUDE, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2-1, 2009, p. 79.

Marc-Olivier DEPLAUDE, « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection » », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 21.

Antoine DEROUET, « La composition du corps professoral comme reflet du rapport des écoles d'ingénieurs au(x) monde(s) économique(s) », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 33-50.

Alain DESROSIERES, *La politique des grands nombres: histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte/Poche, 2010.

Alain DESROSIERES, *L'argument statistique*, Paris, Presses de l'école des mines, 2008.

Alain DESROSIERES et Emmanuel DIDIER, *Prouver et gouverner: une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte, 2014.

François-Xavier DEVETTER et Emmanuelle PUISSANT, « Economic Mechanisms Explaining Low Wages in the Personal Services Sector: An Analysis Focusing on Home Help Workers », *Travail et emploi*, Hors-série 2020, 2020, p. 53-84.

Paul J. DIMAGGIO et Walter W. POWELL, « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48-2, 1983, p. 147-160.

Béatrice Majnoni D'INTIGNANO, « Comment financer les universités », *Commentaire SA*, 165, 2019, p. 141-150.

Mihai DINU GHEORGHIU, « L'Université roumaine, une bulle spéculative ? », *Revue d'études comparatives Est Ouest*, 45, 2014, p. 40.

Amalia DIURNI, « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », *Les Tribunes de la santé*, n° 51-2, 2016, p. 23.

Sophie DIVAY et Lucile GIRARD, « Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherche en soins infirmiers*, N°139-4, 2019, p. 64.

Michel DOBRY, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009, vol. 3e éd.

Olivier DONNAT, *Les amateurs, enquête sur les activités artistiques des français.*, Paris, La Documentation française, 1996.

Pierre DORAY, Pierre CANISIUS KAMANZI, Elise COMOË, Jake MURDOCH et Stéphane MOULIN, « Les inégalités dans l'enseignement postsecondaire et leur mesure : l'exemple canadien. », in *Inégalités sociales et enseignement supérieur*, De Boeck Supérieur, 2017, p. 47-68.

Brigitte DORMONT, *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?*, Rue d'Ulm., Paris, 2009.

Christelle DORMOY-RAJRAMANAN, « L'ouverture de l'Université vers le monde extérieur autour de 1968 : entre consensus partiel, polarisation et compromis », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 15-32.

Hugues DRAELANTS et Magali BALLATORE, « Capital culturel et reproduction scolaire. Un bilan critique », *Revue française de pédagogie*, 186, 2014.

Armelle DREXLER, *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, EHESP, 2008.

Claude DUBAR, *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, 4e éd. revue., Paris, A. Colin, 2010.

Claude DUBAR, « Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif », in *Les professions et leurs sociologies. Modèles critiques, catégorisations, évolutions*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2003, p. 51-60.

Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD, *Sociologie des professions*, 2013.

François DUBET, *L'expérience sociologique*, Paris, Découverte, 2007.

François DUBET, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

François DUBET et Marie DURU-BELLAT, *L'école peut-elle sauver la démocratie?*, Paris, Editions du Seuil, 2020.

Vincent DUBOIS, « L'action publique », in *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 311-325.

Vincent DUBOIS, Jean-Matthieu MEON et Emmanuel PIERRU, « Quand le goût ne fait pas la pratique: Les musiciens amateurs des orchestres d'harmonie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 181-182-1, 2010, p. 106.

Amélie DUGUET, « Les pratiques pédagogiques à l'université en France : quels effets sur la réussite en première année ? Le cas du cours magistral », *Recherche & formation*, 79, 2015, p. 9-26.

Marie-Anne DUJARIER, *Le management désincarné: enquête sur les nouveaux cadres du travail*, 2017.

Speranta DUMITRU, « Féminisation de la migration qualifiée : les raisons d'une invisibilité », *Hommes & migrations*, 1317-1318, 2017, p. 146-153.

Jean-Claude DUPONT, « Les métamorphoses de l'épidémiologie cardio-vasculaire : des facteurs de risque aux marqueurs biologiques », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, Volume 22-2, 2015, p. 139.

Vincent DUPRIEZ et Xavier DUMAY, « Les quasi-marchés scolaires : au bénéfice de qui? », *Revue française de pédagogie*, 176, 2011, p. 83-100.

Cédric DURAND, « Cinq thèses sur l'Europe », *Revue française d'histoire des idées politiques*, 43, 2016, p. 19.

Emile DURKHEIM, *De la division du travail social (1893)*, Presses universitaires de France., Paris, 2013.

Emile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, 16ème édition., Paris, Presses universitaires de France, 1967.

Marine DUROS, « La variable sexe suffit-elle pour comprendre les inégalités de genre ? : l'apport de l'intersectionnalité », *Regards croisés sur l'économie*, 15-2, 2014, p. 80.

Marie DURU-BELLAT, « Les compétences non académiques en question », *Formation emploi*, 130, 2015, p. 13-29.

Marie DURU-BELLAT et Élise TENRET, « L'emprise de la méritocratie scolaire : quelle légitimité ? », *Revue française de sociologie*, 50-2, 2009, p. 229.

Joséphine EBERHART, « Vie et mort d'un succès pharmaceutique: Retour sur le retrait contesté du Di-Antalvic », *Genèses*, n° 127-2, 2022, p. 33-54.

Taïeb EL BOUJOUFI et Jacques DEFRANCE, « De l'éducation physique à l'université: Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Science et motricité*, 54-1, 2005, p. 91.

V EMMANUEL, B CARLA, G CRISTINA et M ISABEL, « O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses », *Arquivos de fisioterapia*, 1-2, 2006, p. 2-13.

Renaud EPSTEIN, « Un demi-siècle après Pierre Grémion: Ressaisir la centralisation à partir de la périphérie », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 101.

Renaud EPSTEIN, « La gouvernance territoriale : une affaire d'État La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires », *L'Année sociologique*, 66-2, 2015, p. 457.

Cécile ESTIVAL, *Corps, imagerie médicale et relation soignant-soigné. Etude anthropologique au centre de cancérologie*, Editions Seli Arslan., Paris, 2009.

Julia EVETTS, « Similarities in Contexts and Theorizing: Professionalism and Inequality », *Professions and Professionalism*, 2-2, 2012.

Julia EVETTS, « Explaining the construction of professionalism in the military : history, concepts and theories », *Revue française de sociologie*, Vol. 44-4, 2003, p. 759-776.

Sylvie FAINZANG, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades: Une approche anthropologique », *Questions de communication*, 15, 2009, p. 279-295.

Sylvie FAINZANG, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 26-2, 2006, p. 27.

Hector FALCOFF, Anne-Laure GASSE, Yasmine BERRAHO-BUNDHOO et Sophie DUBOIS, « Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris », *Regards*, N°56-2, 2019, p. 93.

Annie FARRAYRE, « La place du care dans le diagnostic éducatif de l'infirmière en éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 122, 2015, p. 39-43.

- Didier FASSIN, « Extension du domaine de l’Ethique », *Mouvements*, 55-56, 2008, p. 124-127.
- Didier FASSIN, *L’espace politique de la santé: essai de généalogie*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 1996.
- Laurence FAURE, « Les effets de la proximité sur la poursuite d’études supérieures : le cas de l’Université de Perpignan », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 93.
- Brice FAVIER-AMBROSINI, « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », *Santé Publique*, S1-HS, 2016, p. 13.
- Georges FELOUZIS, « Ethnic Segregation and its Effects in Middle School in France », *Revue française de sociologie*, 46, 2005, p. 3-35.
- Georges FELOUZIS, « Les délocalisations universitaires et la démocratisation de l’enseignement supérieur », *Revue française de pédagogie*, 136-1, 2001, p. 53-63.
- Georges FELOUZIS, « Repenser les inégalités à l’université. Des inégalités sociales aux inégalités locales dans trois disciplines universitaires », *Sociétés contemporaines*, 38-1, 2000, p. 67-97.
- Georges FELOUZIS, Christian MAROY et Agnès HENRIOT-VAN ZANTEN, *Les marchés scolaires: sociologie d’une politique publique d’éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.
- Isabelle FERONI et Anémone KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l’effet de l’action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p. 469.
- Paulo FERRINHO, Cláudia CONCEIÇÃO, André Rosa BISCAIA, Inês FRONTEIRA et Ana Rita ANTUNES, « Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation? », *Revue Française des affaires sociales*, 60-2-3, 2006, p. 297-312.
- Emmanuelle FILLION, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? : Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences sociales et santé*, 30-2, 2012, p. 5.
- Sébastien FLEURIEL, Jean-François Goubet, Stéphane MIERZEJEWSKI, Manuel SCHOTTE, *Ce qu’incorporer veut dire*, Villeneuve d’Ascq, Presses Universitaires Septentrion, 2021.
- Sébastien FLEURIEL et Loïc SALLE, « Entre sport et médecine : de la formation à la pratique médicale », *Sciences Sociales et Santé*, 27-1, 2009, p. 073-098.
- Sébastien FLEURIEL et Manuel SCHOTTE, « Des sportifs sans qualité ? Genèse du modèle étatique de production de l’élite sportive française », *Sociologie du travail*, 57-4, 2015, p. 422-445.
- Sébastien FLEURIEL et Manuel SCHOTTE, « La reconversion paradoxale des sportifs français : Premiers enseignements d’une enquête sur les sélectionnés aux jeux olympiques de 1972 et 1992 », *Sciences sociales et sport*, 4-1, 2011, p. 115.
- Antoine FLEURY, « De la rue-faubourg à la rue « branchée » : Oberkampf ou l’émergence d’une centralité des loisirs à Paris », *Espace géographique*, 32-3, 2003, p. 239.
- Christine FONTANINI, « La profession de vétérinaire : des projets distincts selon le genre, dès la formation initiale », *Formation emploi*, 151, 2020, p. 93-115.
- Jean Claude FORQUIN, *Sociologie du curriculum*, Presses Universitaires de Rennes., Rennes, 2008.

Lucie FORTE-GALLOIS, « Capacité limitée et égalité des chances d'entrer en licence STAPS. Premiers résultats d'une enquête monographique de quatre ans (2012-2016) », *Sciences sociales et sport*, 2-14, 2019.

Michel FOUCAULT, *L'ordre du discours: Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Impr., Paris, Gallimard, 2009.

Michel FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, Repr., Paris, Gallimard, 2008.

Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, 1. éd., Paris, Pr. Univ. de France, 1988.

Marc FOURDRIGNIER, « Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible? », *Formation emploi*, 4-108, 2009, p. 67-81.

Pierre FRANÇOIS et Nicolas BERKOUK, « Les concours sont-ils neutres ? Concurrence et parrainage dans l'accès à l'École polytechnique », *Sociologie*, 9, 2018, p. 169-196.

Eliot FREIDSON, *Professionalism: the third logic*, Reprint., Cambridge, Polity Press, 2004.

Eliot FREIDSON, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Leïla FROUILLOU et Léonard MOULIN, « Les trajectoires socialement et spatialement différenciées des étudiants franciliens », *Formation emploi*, 145, 2019, p. 7-28.

Charles GADEA et André GRELON, « Est-ce ainsi que les professions meurent? », in *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 118-128.

Natacha GALLY, « La haute fonction publique entre organisations, professions et patrons: Une sociologie comparée des marchés du travail administratifs », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 49.

Stéphanie GARNEAU, « Les expériences migratoires différenciées d'étudiants français: De l'institutionnalisation des mobilités étudiantes à la circulation des élites professionnelles? », *Revue européenne des migrations internationales*, 23-1, 2007, p. 139-161.

Christophe GAUBERT, « Le Sens des limites » EHESS, Paris, 2006.

Claude GAUTIER, « Corporation, société et démocratie chez Durkheim », *Revue française de science politique*, 44-5, 1994, p. 836-855.

Maud GELLY, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale: Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 35-3, 2017, p. 71.

William GENIEYS et Patrick HASSENTEUFEL, « Qui gouverne les politiques publiques?: Par-delà la sociologie des élites », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2012, p. 89.

Mihai Dinu GHEORGHIU et Frédéric MOATTY, *L'hôpital en mouvement changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison; Noisy-le-Grand, Éd. Liaisons ; Centre d'études de l'emploi, 2013.

Jean-François GIRET et Sabina ISSEHNANE, « L'effet de la qualité des stages sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur », *Formation emploi*, 117, 2012, p. 29-47.

Emmanuelle GODEAU, « Des carabins, des garçons et des macchabées : interactions et constructions culturelles autour des cadavres dans les leçons d'anatomie », in *Les soignants et la mort*, Eres., Toulouse, 2013, p. 75-89.

Emmanuelle GODEAU, « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations*, 28-2, 2009, p. 13.

Erving GOFFMAN, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991.

Erving GOFFMAN, *La présentation de soi*, Paris, Ed. de Minuit, 1996.

Loïc GOJARD et Philippe TERRAL, « 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, 2014, p. 25.

Cyriac GOUSSET et Vincent HUGOO, « Des petits écarts : distance au rôle et reproduction du jugement scolaire dans des sociabilités lycéennes de classes moyennes et supérieures », *Sociologie*, 12-2, 2021, p. 25.

Sandra GRACE et Franziska TREDE, « Developing professionalism in physiotherapy and dietetics students in professional entry courses », *Studies in Higher Education*, 38-6, 2013, p. 793-806.

Paolo R. GRAZIANO, Sophie JACQUOT et Bruno PALIER, « Usages et européanisation: De l'influence multiforme de l'Union européenne sur les réformes des systèmes nationaux de protection sociale », *Politique européenne*, 40-2, 2013, p. 94.

Pierre GREMION, *Le pouvoir périphérique*, Paris, Le Seuil, 1976.

André GRIMALDI, Yvanie CAILLE et Frédéric PIERRU, *Les maladies chroniques: vers la 3e médecine*, 2017.

Cédric GRIMOULT, « Internalisme contre externalisme », in *Histoire de l'histoire des sciences*, Genève, Librairie Droz, 2003, vol.198, p. 139-144.

Glenn GRITZER et Arnold ARLUKE, *The making of rehabilitation: a political economy of medical specialization, 1890-1980*, Berkeley, University of California Press, 1985.

Frédéric GROS, « Vérités et contre-vérités », *Revue internationale de philosophie*, 2-292, 2020, p. 9-15.

P GROSS, R HITZLER et A HONER, « Diagnostisch und therapeutische Kompetenz im Wandel », *Osterr. Zeitschrift für Soziologie*, Numéro spécial Medizinsoziologie, 1985, p. 155-172.

Elie GUERAUT, « Retour à Lergnes. Les mobilités professionnelles contrariées de jeunes diplômées des Beaux-Arts », *Génèses*, 122, 2021, p. 107-126.

Élie GUERAUT, « Le mépris comme réassurance sociale: Une petite bourgeoisie culturelle confrontée à son déclin », *Sociétés contemporaines*, N°119-3, 2020, p. 33.

Sébastien GUIGNER, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé*, 29-1, 2011, p. 81.

Nicolas GUIRIMAND, « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage »: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157-1, 2005, p. 72.

Aurélien GUITTARD, « Parcours de convertis. Le parcours et les pratiques de médecins ayant orientés leur activité vers des thérapies alternatives et complémentaires » Mémoire de master santé SHS, Université de Montpellier, 2018.

Christophe GUITTON, « La professionnalisation, nouvelle catégorie de l'intervention publique : L'exemple du programme « Nouveaux services, nouveaux emplois » », *Formation Emploi*, 70-1, 2000, p. 13-30.

Ian HACKING, *Entre science et réalité: la construction sociale de quoi ?*, Paris, la Découverte, 2008.

Charlotte HALPERN et Patrick LE GALES, « Pas d'action publique autonome sans instruments propres: Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne », *Revue française de science politique*, 61-1, 2011, p. 51.

Hugo HARARI-KERMADEC et Léonard MOULIN, « Postface : De la mise en concurrence à la mise en marché de l'enseignement supérieur », *Formation emploi*, 132, 2015, p. 91-103.

Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « À propos d'une minute décisive: le choix d'une spécialité médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-4, 2009, p. 174.

Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 25.

Véronique HASLER, « Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse romande 20ème siècle) » Université de Lausanne, Lausanne, 2018.

Patrick HASSENTEUFEL, « La défense de la médecine libérale », *lavedesidees.fr*, , 2015, p. 10.

Patrick HASSENTEUFEL, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'Ires*, 70-3, 2011, p. 3.

Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 113.

Patrick HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat: une comparaison européenne*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1997.

Patrick HASSENTEUFEL, Sylvie DELAYE, Frédéric PIERRU, Magali ROBELET et Marina SERRE, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens: Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2-1, 2001, p. 29.

Patrick HASSENTEUFEL et Jacques DE MAILLARD, « Le recours au marché comme processus politique: Les réformes du gouvernement de coalition britannique (2010-2015) dans la santé et la police », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2017, p. 101.

Patrick HASSENTEUFEL, François-Xavier SCHWEYER, Thomas GERLINGER et Renate REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2020, p. 33.

Claire HATZFELD, Mathieu BOIDE et Alain BAUMELOU, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire: Leur difficile intégration dans le système français. Cas des médecins et des infirmiers », *Hommes & migrations*, 1282, 2009, p. 90-100.

Audrey HEINE, Laurent LICATA et Assaad AZZI, « Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé », in *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck Supérieur, 2013, p. 131-152.

Léonie HENAUT, « Etablir un diagnostic dans un environnement “surpeuplé” : quelles conséquences sur l’autonomie du jugement professionnel? Commentaires », *Sciences Sociales et Santé*, 39-1, 2021, p. 101-108.

Léonie HENAUT, « La construction des groupes professionnels : le cas des restaurateurs d’œuvres d’art en France et aux Etats-Unis », *Formation emploi*, 110-2, 2010, p. 49.

Gaële HENRI-PANABIERE et Camille NOUS, « De la première à la troisième année d’une licence : comment l’assiduité étudiante est-elle travaillée ? », *Revue française de pédagogie*, 209, 2020, p. 59-72.

François HERAN, « La seconde nature de l’habitus: Tradition philosophique et sens commun dans le langage sociologique », *Revue Française de Sociologie*, 28-3, 1987, p. 385.

Anette Lykke HINDHEDE et Kristian LARSEN, « Prestige Hierarchies and Relations of Dominance Among Healthcare Professionals », *Professions and Professionalism*, 10-2, 2020.

Bernard HOERNI, « La loi du 30 Novembre 1892 », in *Histoire des sciences médicales tome XXXII*, Paris, BIU Santé, 1998, p. 63-67.

Robert HOLCMAN, « Chapitre 22. Le programme de médicalisation du système d’information (PMSI) », in *Management hospitalier*, Paris, Dunod, 2017, p. 623-637.

Marina HONTA, « Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2021, p. 69-87.

Marina HONTA, Nadine HASCHAR-NOE et Émilie SALAMERO, « L’État à l’épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé », *Négociations*, 29-1, 2018, p. 143.

Marina HONTA et Frédéric ILLIVI, « L’accès de tous à la pratique sportive : l’État local en action », *Revue française d’administration publique*, 164-4, 2017, p. 873.

Christelle Fifaten HOUNSOU, « En quête du métier de médecin: Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », *Hommes & migrations*, 1307, 2014, p. 105-114.

Everett C. HUGHES et Jean-Michel CHAPOULIE, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éd. de l’École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Cédric HUGREE, « Les sciences sociales face à la mobilité sociale: Les enjeux d’une démesure statistique des déplacements sociaux entre générations », *Politix*, n° 114-2, 2016, p. 47.

Everett C HUGUES, « The making of a physician. General Statement of Ideas and problems », *Human Organization*, 14-4, 1956, p. 21-25.

Ivan D ILLICH, *Némésis médicale: l’expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

Frédéric ILLIVI, « Génèse et mise en oeuvre du plan “sport, santé, bien-être” : acteurs, savoirs, territoires et instruments. Une sociologie de l’Etat en recomposition. Le cas de la région Nouvelle Aquitaine. » Université de Bordeaux, Bordeaux, 2018.

Ruggero IORI, « L’individu d’abord?: Les enseignements professionnels dans les formations d’assistantes sociales en France et en Italie », *Revue d’anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 253.

Ruggero IORI, « Entre universitarisation et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie », *Formation emploi*, 138, 2017, p. 39-58.

Ruggero IORI, « Des « héritières » dans la formation d'assistante de service social ? Aspiration au travail social et reclassement », *Revue française de pédagogie*, 195, 2016, p. 37-50.

Liora ISRAËL, « Un droit de gauche ? : Rénovation des pratiques professionnelles et nouvelles formes de militantisme des juristes engagés dans les années 1970 », *Sociétés contemporaines*, 73-1, 2009, p. 47.

Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, 1ère édition., Paris, Presses universitaires de France, 2007.

Haroun JAMOUS, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Editions du CNRS, 1969.

Haroun JAMOUS et Bernard PELOILLE, « Changes in the French university-hospital system », *Professions and Professionalization*, , 1970, p. 5-55.

Chantal JAQUET, *Les transclasses, ou, La non-reproduction*, 1re édition., Paris, Presses universitaires de France, 2014.

Nicolas JOUNIN, *Voyage de classes: des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*, Paris, La Découverte, 2016.

Alain JOURDAIN et Tam PHAM, « Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins », *Santé Publique*, 29-1, 2017, p. 81.

Anne JOURDAIN, « Des artisans d'art aux artisanes d'art: Ce que le genre fait aux métiers d'art indépendants », *Travail et emploi*, 150, 2017, p. 25-52.

Samuel JULHE et Marina HONTA, « Privé ou public : le « choix » du statut d'emploi au sein d'un même groupe professionnel », *Formation emploi*, 128, 2014, p. 31-46.

Pierre-André JUVEN, *Une santé qui compte? les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, 1re édition., Paris, Puf, 2016.

Pierre-André JUVEN, « Produire l'information hospitalière: Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7, 4-4, 2013, p. 815.

Pierre-André JUVEN et Jean-Paul GAUDILLIERE, « « En consultation, je regarde l'ordinateur, pas ma patiente »: Entretien avec Anne Gervais », *Mouvements*, n°98-2, 2019, p. 23.

Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'Agir., Paris, 2019.

Janina KEHR, « Se plaindre des soins dans l'Espagne de l'austérité », *Mouvements*, n°98-2, 2019, p. 32.

Danièle KERGOAT et Françoise IMBERT, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

Monique KERLEAU, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, 16-4, 1998, p. 5-34.

Yvonne KNIBIEHLER, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Presse universitaires de France, 2004.

Kilkon KO et Dalvin Jit Kaur SIDHU, « L'influence des stages dans les organisations publiques sur les idées et les choix professionnels des étudiants universitaires: », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 78-4, 2012, p. 761-784.

Jean-Marc KREMER et Emmanuelle LEDERLE, *L'orthophonie en France*, 7e éd. mise à jour., Paris, Presses universitaires de France, 2012.

Ellen KUHLMANN, Judith ALLSOP et Mike SAKS, « Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany », *Current Sociology*, 57-4, 2009, p. 511-528.

Thomas Samuel KUHN, *La structure des révolutions scientifiques.*, Flammarion., Paris, 2018.

Gilles LAFERTE, « Des revenus à la position sociale : reclasser les agriculteurs », *Économie rurale*, 378, 2021, p. 159-174.

Dominique LAFONTAINE, Vincent DUPRIEZ, Maud Van CAMPENHOUDT et Catherine VERMANDELE, « Le succès des « héritières » : effet conjugué du genre et du niveau d'études des parents sur la réussite à l'université », *Revue française de pédagogie*, 179, 2012, p. 29-48.

Anne LAMBERT, « Le comblement inachevé des écarts sociaux: Trajectoire scolaire et devenir professionnel des élèves boursiers d'HEC et de l'ESSEC », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183-3, 2010, p. 106.

Séverine LANDRIER, Philippe CORDAZZO et Christine GUEGNARD, *Études, galères et réussites: conditions de vie et parcours à l'université*, Paris, la Documentation française, 2016.

Elise LANTZ, « Monde du cirque et monde médico-social : connivences et ambivalences », *Sciences sociales et sport*, 10-1, 2017, p. 113.

Nathalie LAPEYRE et Nicky LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 59.

B. LARROQUE, M. DELOBEL, C. ARNAUD et L. MARCHAND, « Devenir à 5 et 8 ans des enfants grands prématurés dans l'étude Épipage: développement cognitif, troubles du comportement et scolarisation: Outcome at 5 and 8 years of children born very preterm », *Archives de pédiatrie*, 15-5, 2008, p. 589-591.

Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, 2e édition., Paris, Colin, 2012.

Bruno LATOUR, *La Fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*, Paris, la Découverte, 2002.

Bruno LATOUR, « Philosophie contre sociologie des sciences: Une querelle enfin dépassée ? », *Le Débat*, 92-5, 1996, p. 153.

Sylvain LAURENS et Delphine SERRE, « Des agents de l'Etat interchangeable? L'ajustement dispositionnel des agents au coeur de l'action publique », *Politix*, 3-115, 2016, p. 155-177.

Catherine LAURENT, Jacques BAUDRY, Marielle BERRIET-SOLLIEC, Marc KIRSCH, Daniel PERRAUD, Bruno TINEL, Aurélie TROUVE, Nicky ALLSOPP, Patrick BONNAFOUS, Françoise BUREL, Maria José CARNEIRO, Christophe GIRAUD, Pierre LABARTHE, Frank MATOSE et Agnès RICOCH, « Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? », *Revue Tiers Monde*, 200-4, 2009, p. 853.

Thomas LE BIANIC, « Une profession balkanisée : les psychologues face à l'État en France (1945-1985) », *Politix*, N° 102-2, 2013, p. 175.

Thomas LE BIANIC, « Les professions face à l'Europe : les psychologues. », in Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 97-107.

Thomas LE BIANIC et Lennart G. SVENSSON, « European regulation of professional education: A study of documents focussing on architects and psychologists in the EU », *European Societies*, 10-4, 2008, p. 567-595.

Thomas LE BIANIC et Antoine VION, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ-Lextenso éd, 2008.

David LE BRETON, « Avoir question à tout : les sciences sociales », *Revue du MAUSS*, 30-2, 2007, p. 470.

François LE CORRE et Serge TOFFALONI, *L'ostéopathie*, Paris, PUF, 2007.

Patrick LE GALES, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'Etat en Grande-Bretagne », in *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, p. 237-271.

Patrick LE LIDEC, « Entre desserrement et resserrement du verrou de l'État: Les collectivités françaises entre autonomie et régulations étatiques », *Revue française de science politique*, 70-1, 2020, p. 75.

Julie LE MAZIER, « Les formations à la prise de parole en public: Un indicateur du façonnage organisationnel dans deux syndicats étudiants », *Agora débats/jeunesses*, 77-3, 2017, p. 41.

Frédéric LEBARON, *L'enquête quantitative en sciences sociales. Recueil et analyse des données*, Dunod., Paris, 2006.

Frédéric LEBARON et Pierre BLAVIER, « Classes et nations : quelle articulation à l'échelle européenne ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 219-4, 2017, p. 80.

Serge LEBLANC, « Conception d'un système multimédia en relation avec l'analyse des cours d'action des utilisateurs : contribution à l'étude de l'activité de découverte-apprentissage dans un contexte d'autoformation » Sciences du sport et de l'éducation physique, Université Montpellier 1, Montpellier, 2001.

Chrystelle LECAILLE, Marie-Hélène LORREYTE et Professeur Jean-Yves DELATTRE, « Infirmière référente un nouveau rôle dans le système de soins ? », *Laennec*, 57-1, 2009, p. 42.

Aude LECOMTE-SALMON, « La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté. » Paris Saclay, St Quentin en Yvelines, 2021.

Clémence LEDOUX, « De la régulation politique des mondes de l'état providence à celle des mondes professionnels. L'exemple du care et des services domestiques », *Revue française de science politique*, 68-1, 2018, p. 53-76.

Maï LE DU, « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio*, 49, 2019, p. 137-151.

Everett LEE, « A theory of migration », *Demography*, 3, 1966, p. 47-57.

Julia LEGRAND, « L'injonction ou l'injection?: Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique », *Genèses*, n° 127-2, 2022, p. 11-32.

Claude LEICHER, « CPTS et territoire », *Regards*, N°56-2, 2019, p. 81.

Maël LEMOINE, *La désunité de la médecine: essai sur les valeurs explicatives de la science médicale*, Paris, Hermann, 2011.

Hugues LENOIR, « La VAE : une nouvelle donne pour l'Université », *Connexions*, 2-78, 2002, p. 91-108.

René LERICHE, « Introduction générale ; De la santé à la Maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine? », in *Encyclopédie française t VI*, 1936, p.

Alice LERMUSIAUX, « L'effet des socialisations scolaire et professionnelle sur les pratiques de travail en IFSI : Une observation directe des formes du travail étudiant dans la formation en soins infirmiers », *Revue française de pédagogie*, 209, 2020, p. 11-28.

France LERT, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *Sciences sociales et santé*, 14-3, 1996, p. 103-115.

Wilfried LIGNIER et Paul PASQUALI, « L'excellence décalée, ou comment subvertir l'institution scolaire sans en sortir: », *Sociétés contemporaines*, N° 102-2, 2016, p. 19-44.

Yves LOCHARD, Christèle MEILLAND et Mouna VIPREY, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail: Les effets d'une discrimination institutionnelle », *La Revue de l'Ires*, 53-1, 2007, p. 83.

Gildas LOIRAND, L'expérience passée du sociologue comme archive incorporée. Remarques sur une méthode illégitime », in *Ce qu'incorporer veut dire*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires Septentrion, 2021, p. 237-262.

Pascal LOKIEC, « Une lecture juridique des choix difficiles », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27-3, 2009, p. 116.

Bénédicte LOMBART, « Le care en pédiatrie », *Recherche en soins infirmiers*, N° 122-3, 2015, p. 67-76.

Aurore LORETTI, « Les logiques sociales de la décision médicale. Etude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures », *Sciences Sociales et Santé*, 37-4, 2019, p. 37-62.

Micheline LOUIS-COURVOISIER, « Histoire des honoraires médicaux », in *Médecine, santé et sciences humaines*, Les belles lettres., Paris, 2011, p. 91-97.

VM MACLEAN et C ROZIER, « From sport culture to the social world of the "good PT" : masculinities and the career development of physical therapists. », *Men and Masculinities*, 11-3, 2009, p. 286-306.

Alain MACRON, « La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 Avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée » Université de Montpellier, Montpellier, 2015.

Dominic MALCOLM, « Unprofessional practice? The status and power of sports physicians », *Sociology of Sport Journal*, 23-4, 2006, p. 376-395.

Dominic MALCOLM et Andrea SCOTT, « Professional relations in sport healthcare: Workplace responses to organisational change », *Social Science & Medicine*, 72-4, 2011, p. 513-520.

James MARCH et Johan OLSEN, « The new institutionalism : organizational factors in political life », *American political review*, 78-3, 1983, p. 734-749.

Sylvia MARQUES, « La réforme de la première année commune aux études de santé », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13-1, 2019, p. 225-251.

Bernard MARROT, « Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? », 174, 2020, p. 17.

Catherine MARRY, Laure BERENI, Alban JACQUEMART, Fanny Le MANCQ, Sophie POCHIC et Anne REVILLARD, « Le genre des administrations. La fabrication des inégalités de carrière entre hommes et femmes dans la haute fonction publique », *Revue française d'administration publique*, 1-153, 2015, p. 45-68.

Christelle MARSAULT, « Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « sport-santé sur ordonnance » comme objet politique transversal », *Sciences sociales et sport*, 10-1, 2017, p. 21.

Olivier MARTIN, *L'analyse quantitative des données*, 5e éd., Malakoff, Armand Colin, 2020.

Philippe MARTIN, « L'assurance privée et la santé en Espagne: pertinence d'une couverture en doublon », *Revue de droit sanitaire et social*, , 2011, p. 247-256.

Karl MARX, *Le Capital*, livre 1, trad. fr. Jean-Pierre LEFEBVRE, Nouvelle édition., Paris, les éditions sociales, 2016.

Philippe MASSON, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, 83-3, 2011, p. 33.

Frédérique MATONTI et Franck POUPEAU, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 155-5, 2004, p. 4.

Tânia Pinto Gomes MATOS, « Fatores influenciadores da satisfação profissional dos fisioterapeutas em Portugal » Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016.

Gérard MAUGER, « Sur la « construction » des classes sociales de Marx à Bourdieu », *La Pensée*, N° 408-4, 2022, p. 44-54.

Nancy MAURY-LASCOUX, « Latin et grec dans l'enseignement secondaire : une approche historique », *Anabases*, 23, 2016, p. 201-216.

Marcel MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Nouvelle éd., Paris, PUF, 2013.

Pierre-Michel MENDER (dir.), *Les professions et leurs sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions: actes du colloque de la société française de sociologie, Paris, octobre 1999*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2003.

Marie MENORET, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 25-1, 2007, p. 33-54.

Robert K MERTON, George G READER et Patricia L KENDALL, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.

Jérôme MICHALON, « The Rise of Therapy Animals' Personhood: A Note on the Ontological Dimensions of Professional Dynamics », *Humanimalia : a journal of human/animal interface studies*, 11-2, 2020, p. 32.

Thierry MICHOT, Julien FUCHS et Florian LEBRETON, « Études supérieures, sport et alcool: De quelques constats à propos des effets de la filière suivie », *Agora débats/jeunesses*, 72-1, 2016, p. 75.

Philomène Marie MISSI, Clémence DALLAIRE et Jean-François GIGUERE, « Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ? », *Recherche en soins infirmiers*, N° 134-3, 2018, p. 6.

Andrée MIZRAHI et Arié MIZRAHI, « La densité répartie : un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins », *Villes en parallèle*, 44-1, 2010, p. 94-113.

Frédéric MOATTY et Françoise ROUARD, « L'écrit au travail et ses déterminants chez les salariés en France en 2005 », *Travail et emploi*, 122, 2010, p. 39-52.

Jacques MONET, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », *Regards sociologiques*, 29, 2004, p. 115-130.

Jacques MONET, « Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle » Université Paris 1, Paris, 2003.

I. MONIER, P.-Y. ANCEL, A. EGO, I. GUELLEC, P.-H. JARREAU, M. KAMINSKI, F. GOFFINET et J. ZEITLIN, « Gestational age at diagnosis of early-onset fetal growth restriction and impact on management and survival: a population-based cohort study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124-12, 2017, p. 1899-1906.

Anne MONJARET, « Du bleu de chauffe au jean: Les jeux de l'apparence des « ouvriers » à l'hôpital, entre traditions corporatistes et normes institutionnelles renouvelées », *Sociologie et sociétés*, 43-1, 2011, p. 99.

Denis Bernardeau MOREAU et Matthieu DELALANDRE, « La valorisation des compétences d'innovation : l'exemple de l'éducateur sportif », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 145, 2019, p. 22.

Edgar MORIN, « Pour une sociologie de la crise », *Communications*, 12-1, 1968, p. 2-16.

Philippe MOSSE, « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archetypes », *Après-demain*, 42, 2017, p. 12-14.

Anne MOYAL, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2020, p. 103.

Anne MOYAL, « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 69, 2019, p. 821-843.

Pierre MULLER, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 155.

Pierre MULLER, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2, 2000, p. 22.

Christine MUSSELIN, « Les paradoxes de la LPPR ou pourquoi l'annonce de moyens supplémentaires est-elle source de résistances ? », *Revue française de pédagogie*, 207, 2020, p. 41-48.

Christine MUSSELIN, « Vers un marché international de l'enseignement supérieur ? », *Critique internationale*, 39-2, 2008, p. 13.

Olivier NAY, « Les règles du recrutement politique. Pour une approche institutionnaliste de la sélection politique », *Politix*, 11-44, 1998, p. 161-190.

Regina NUZZO, « P values, the ‘gold standard’ of statistical validity, are not as reliable as many scientists assume. », *Nature news*, 506, 2014, p. 3.

Michel OFFERLE, *Sociologie des groupes d'intérêt*, 2e édition., Paris, Montchrestien, 1998.

Albert OGIEN, « La valeur sociale du chiffre: La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue Française de Socio-Économie*, 5-1, 2010, p. 19.

Alice OLIVIER, « Des hommes en école de sages-femmes: Sociabilités étudiantes et recompositions des masculinités », *Terrains & travaux*, N° 27-2, 2015, p. 79.

Sophie ORANGE, *L'autre enseignement supérieur. Les BTS et la gestion des aspirations scolaires*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013.

Anne PAILLET, « Valeur sociale des patient-e-s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237-1, 2021, p. 20-39.

Anne PAILLET, « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical », in Didier DEMAZIERE, Charles GADEA et Anne-Marie ARBORIO (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, p. 342-351.

Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.

Bruno PALIER, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.

Bruno PALIER et Yves SUREL, « Les “trois I” et l'analyse de l'état en action », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 7-32.

Catherine PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 20-2, 1988, p. 9.

Catherine PARADEISE, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 1, 1985, p. 17-31.

Catherine PARADEISE, « La marine marchande française: un marché du travail fermé? », *Revue Française de Sociologie*, 25-3, 1984, p. 352.

Catherine PARADEISE et Yves LICHTENBERGER, « Compétence, compétences », *Sociologie du travail*, 43-1, 2001, p. 33-48.

Charlie PARKER, Sam SCOTT et Alistair GEDDES, « Snowball Sampling », *SAGE Research Methods Foundation*, , 2019, p. 13.

Talcott PARSONS, *Elements pour une sociologie de l'action*, trad. fr. François BOURRICAUD, Paris, Plon, 1955.

Talcott PARSONS, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », in *The social system*, Ulan press., 1951, p. 288-322.

Paul PASQUALI, *Héritocratie: les élites, les grandes écoles et les mésaventures du mérite (1870-2020)*, Paris, La Découverte, 2021.

Paul PASQUALI, *Passer les frontières sociales. Comment les filières d'élite entrouvent leurs portes*, Fayard., Paris, Fayard, 2014.

Renaud PAYRE et Gilles POLLET, « Analyse des politiques publiques et sciences historiques : quel(s) tournant(s) socio-historique(s) ? », *Revue française de science politique*, 55-1, 2005, p. 133.

Patrick PERETTI-WATEL, « Morale, stigmatisme et prévention: La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, 56-3, 2010, p. 73.

Thérèse PEREZ-ROUX, Eric MALEYROT, Charlotte POURCELOT, Frederic ROUVIERE et Bruno BOUSSAGOL, « Réforme de la formation en école de Masso-kinésithérapie : quels modes de réception par les formateurs? », *Education et socialisation [En ligne]*, 50, 2018.

Claire PERRIN, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé Publique*, S1-HS, 2016, p. 141.

Michelle PERROT, « Qu'est-ce qu'un métier de femme? », *Le Mouvement social*, 140, 1987, p. 3.

Camille PEUGNY, *25 ans de recherches sur la jeunesse (1995-2020)*, Paris, Les Presses de SciencesPo, 2020.

David PICHONNAZ et Kevin TOFFEL, « Pour une sociologie structurale du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 240-5, 2022, p. 4-13.

Geneviève PICOT, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2015, p. 83-100.

Emmanuel PIERRU et Alexis SPIRE, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 58-3, 2008, p. 457.

Frédéric PIERRU, « Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? », *Empan*, 99-3, 2015, p. 38.

Frédéric PIERRU, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 82, 2013, p. 67-82.

Frédéric PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisme néolibéral de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », in *La bureaucratisme néolibéral*, Paris, Éditions La Découverte, 2013, p. 203-230.

Frédéric PIERRU, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », in *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 393-449.

Thierry PILLON et François VATIN, *Traité de sociologie du travail*, 2e éd. actualisée., Toulouse, Octarès éd, 2007.

Michel PINÇON et Monique PINÇON-CHARLOT, « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Genèses*, 3-1, 1991, p. 120-133.

Patrice PINELL, « Héritiers et novateurs : les transformations de l'espace cancer français (1945-1960) », *Genèses*, 87-2, 2012, p. 69.

Patrice PINELL, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50-2, 2009, p. 315.

Patrice PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? », *Savoir/Agir*, 5, 2008, p. 57-63.

Patrice PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157-1, 2005, p. 4.

Patrice PINELL, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, Métailie., Paris, 1992.

Patrice PINELL, « Fléau moderne et médecine d'avenir: La cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68-1, 1987, p. 45-76.

Vanessa PINTO, « « Démocratisation » et « professionnalisation » de l'enseignement supérieur », *Mouvements*, 55-56-3, 2008, p. 12.

PLATON, « Les lois : livre V », in *Les Lois: livres I à VI*, trad. fr. Luc BRISSON et trad. fr. Jean-François PRADEAU, Paris, Flammarion, 2006, p. 466.

Michel POISSON, « Le pansement et la pensée : splendeurs et misères du rôle propre », *Recherche en soins infirmiers*, 93, 2008, p. 56-60.

Florence POLICARD, « Recensement des thèses soutenues par les infirmiers en France à l'aube de la naissance de la discipline sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, 142, 2020, p. 86-95.

Dominique POLTON et Anne-Marie BROCAS, « La régulation contractuelle : l'exemple de la biologie de ville », *Revue française d'administration publique*, 76, 1995, p. 629-640.

Philippe PONET, « Remettre les corps en ordre : entre savoirs et pouvoirs: La « professionnalisation » de l'évaluation médicale du dommage corporel », *Revue française de sociologie*, 48-3, 2007, p. 477.

Karl R POPPER, *Les deux problèmes fondamentaux de la théorie de la connaissance*, Paris, Hermann, 1999.

Theodore M PORTER, « How Science Became Technical », *Isis*, 100-2, 2009, p. 292-309.

Theodore M PORTER, *Trust in Numbers : The pursuit of objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press., Princeton, 1995.

Theodore M PORTER, « Quantification and the Accounting Ideal in Science », *Social studies of science*, 22, 1992, p. 633-651.

Theodore M PORTER, « Objectivity and Authority: How French Engineers Reduced Public Utility to Numbers », *Poetics Today*, 12-2, 1991, p. 245-265.

Antoine PROST, *L'enseignement en France (1800-1867)*, PUF., Paris, 1968.

Julien PRUD'HOMME, « Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec », in *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de soins de santé au Québec et au Canada*, Presses de l'Université d'Ottawa., Ottawa, 2012, p. 251-267.

Julien PRUD'HOMME, *Professions à part entière: histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*, Montréal, QC, Presses de l'Université de Montréal, 2011.

Olivier QUERE, « La fabrique des cadres intermédiaires de la fonction publique: Enseigner et assigner un positionnement aux attachés dans les Instituts régionaux d'administration », *Gouvernement et action publique*, 4-4, 2015, p. 33.

Grégory QUIN, « Genèse d'un champ scientifique : l'Orthopédie comme fabrique d'une gymnastique. Du champ médical, de la spécialité orthopédique et des exercices corporels (1817-1847). », *Sciences sociales et sport*, 2-1, 2009, p. 171.

André RAUFAST, « Approches historique, épistémologique et professionnelle de la dynamique des relations entre les logiques médicales et pédagogiques (1818-1978). Deuxième période (1946 à 1961 : chronologie d'une destitution annoncée. », in *Activités physiques et sportives adaptées. Perspectives pour une prévention de la santé*, Nîmes, Champ social, 2019, p. 200-202.

Pauline RAVINET, « Comment le processus de Bologne a-t-il commencé ? La formulation de la vision de l'Espace Européen d'Enseignement Supérieur en 1998 », *Education et sociétés*, 24-2, 2009, p. 29.

Magali ROBELET, Marina SERRE et Yann BOURGUEIL, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue Française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 231-260.

Élise ROEGIERS, Marie ALDERSON et Thérèse VAN DURME, « Les pratiques entourant les soins de développement : exploration des barrières à l'adoption et stratégies proposées par les experts pour les pallier », *Recherche en soins infirmiers*, N° 115-4, 2013, p. 92.

Jérémy ROLLIN, « Les interventions précoces de développement chez les nouveau-nés prématurés : une prise en compte perfectible », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-228, 2020, p. 3-10.

Philip ROTH, *Némésis roman*, Paris, Gallimard, 2012.

Eliane ROTHIER BAUTZER, « Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? », *Phronesis*, 6-3, 2017, p. 14-23.

Eliane ROTHIER BAUTZER, « "L'universitarisation" des formations des professions de santé, dans l'impasse », in *Nouvelles perspectives de la sociologie des groupes professionnels*, Toulouse, Octarès, 2012, p. 215-232.

Éliane ROTHIER BAUTZER, « Care et profession infirmière », *Recherche & formation*, 76, 2014, p. 93-106.

Céline ROYNIER, « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire », *Les Tribunes de la santé*, 48-3, 2015, p. 33.

Nathalie SAGE PRANCHERE, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, xix^e siècle) », *Annales de démographie historique*, 127-1, 2014, p. 181.

Ivan SAINSAULIEU, « Collective Mobilization in Hospitals: Confrontational or Consensual? », *Revue française de sociologie*, 53-3, 2012, p. 461.

Jean SAINT-MARTIN, « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste en France à la fin des années 1920 », *Staps*, 71-1, 2006, p. 7.

Manuel SCHOTTE, « Dans la course : la construction d'une hiérarchie en action », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 209-4, 2015, p. 100-115.

Manuel SCHOTTE, « Les possibles corporels : support biologique, déterminations sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, 54-1, 2016, p. 201-220.

Manuel SCHOTTE, « Monter en première division: Trajectoires de notabilisation des présidents de clubs de football professionnel (1960-1999) », *Politix*, n° 114-2, 2016, p. 99.

Daniel SCHWARTZ, *Le jeu de la science et du hasard: la statistique et le vivant*, Paris, Flammarion, 1994.

Olivier SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme? », in *Le Hobo, sociologie d'un sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2014, p. 335-384.

François-Xavier SCHWEYER et Jean-Luc METZGER, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, 1-1, 2005, p. 183.

James C. SCOTT, *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*, Nachdr., New Haven, Conn., Yale Univ. Press, 2008.

Richard SCOTT, « Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents », *Organization Studies*, 29-2, 2008, p. 219-238.

Andrea SCOTT-BELL et Dominic MALCOLM, « 'Involved in every step' : how working practices shape the influence of physiotherapists in elite sport », *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 7-4, 2015, p. 36.

Raymonde SECHET et Despina VASILCU, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Noroi*, 223, 2012, p. 63-76.

Raymonde SECHET et Despina VASILCU, « Les mobilités des médecins en Europe, le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. », *HAL*, , 2012, p. 14.

Angélique SENTILHES-MONKAM, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile: L'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2005, p. 157-182.

François de SINGLY, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, Paris, Armand Colin, 2012.

Jean-Charles SOURNIA, « Le Moyen Age méditerranéen », in *Histoire de la médecine*, La découverte., Paris, 2004, p. 56-103.

Barbara STIEGLER, « *Il faut s'adapter* »: *sur un nouvel impératif politique*, Paris, Gallimard, 2019.

A. L. STINCHCOMBE, « Social mobility in industrial labor markets », *Acta Sociologica*, XXII-3, 1979, p. 217-245.

Paolo STUPPIA et Tristan HAUTE, « La « démocratie de l'abstention » à l'université: Constante historique ou nouvelle défiance envers la représentation étudiante ? », *Agora débats/jeunesses*, N° 88-2, 2021, p. 7-25.

Dilip SUBRAMANIAN et Jean-Baptiste SUQUET, « Esprit de corps et jeux de distinction étudiants Deux faces d'un week-end d'intégration dans une école de commerce », *Sociologie*, 7-1, 2016, p. 5.

Pierre SUESSER, *Quelle PMI demain?: dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités loc*, Toulouse, Erès, 2012.

Alain SUPPIOT et Saskia BROWN, *Governance by numbers: the making of a legal model of allegiance*, Oxford ; Portland, Oregon, Hart Publishing, 2017.

Didier TABUTEAU, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, N° 109-2, 2012, p. 6.

Lucie TANGUY et Annick KIEFFER, *L'école et l'entreprise : l'expérience des 2 Allemagne*, La documentation française., Paris, 1982.

Philippe TERRAL, « La question de la construction des savoirs au sein de la « communauté éducation physique et sportive » », *Staps*, no 62-3, 2003, p. 75-88.

THE LANCET, « Austerity in Spain: time to loosen the grip », *The Lancet*, 391-10132, 2018, p. 1750.

Stefan TIMMERMANS et Alison ANGELL, « Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor », *Journal of Health and Social Behavior*, 42-4, 2001, p. 342-359.

Kevin TOFFEL, Felix BÜHLMANN et Amal TAWFIK, « L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande », *Revue française de sociologie*, 59-2, 2018, p. 219.

A. TONG, P. SAINSBURY et J. CRAIG, « Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups », *International Journal for Quality in Health Care*, 19-6, 2007, p. 349-357.

François TONNELIER et Emmanuel VIGNERON, *Géographie de la santé en France*, PUF., Paris, 1999.

Michael TRAYNOR, « Indeterminacy and technicality revisited: how medicine and nursing have responded to the evidence based movement », *Sociology of Health & Illness*, 31-4, 2009, p. 494-507.

Michael TRAYNOR, Maggie BOLAND et Niels BUUS, « Autonomy, Evidence and intuition : nurses and decision-making », *Journal of Advanced Nursing*, 66-7, 2010, p. 1584-1591.

Pierre TRIPIER, « La sociologie du travail à travers ses paradigmes », in *Génèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses universitaires de Lille., Lille, 1994, p. 29-47.

Mauro TURRINI et Catherine BOURGAIN, « Gerer l'incertitude dans la prevention genetique d'une maladie frequente : decision medicale et thrombophilie a l'hopital », *Sciences Sociales et Santé*, 39-3, 2021, p. 5-32.

Agnès VAN ZANTEN, « La compétition entre fractions des classes moyennes supérieures et la mobilisation des capitaux autour des choix scolaires », in Philippe COULANGEON et Julien DUVAL (dir.), *Trente ans après La distinction de Pierre Bourdieu*, Paris, Éditions la Découverte, 2013, p. 278-289.

François VATIN, Alain CAILLE et Olivier FAVEREAU, « Réflexions croisées sur la mesure et l'incertitude », *Revue française de gestion*, 36-203, 2010, p. 163-181.

Anne VEGA, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15-3, 1997, p. 103-132.

Laure DE VERDALLE, Cécile VIGOUR et Thomas LE BIANIC, « S'inscrire dans une démarche comparative: Enjeux et controverses », *Terrains & travaux*, N° 21-2, 2012, p. 5.

Jean-Claude VEREZ, « Le défi de la convergence des modèles sociaux européens dans un contexte de crise budgétaire et d'endettement », *L'Europe en Formation*, 364-2, 2012, p. 11.

Audrey VEZIAN, « Les limites de la rationalisation managériale: Le cas de la transformation organisationnelle de la recherche sur le cancer en France », *Gouvernement et action publique*, 2-2, 2017, p. 83.

Nadège VEZINAT, « Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2021, p. 293-304.

Nadège VEZINAT, « 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles », *in Les mutations du travail*, Paris, La Découverte, 2019, p. 117-134.

Nadège VEZINAT, « Le groupe professionnel comme communauté socialisatrice »:, *Gérontologie et société*, 39 / n° 153-2, 2017, p. 107-121.

Baptiste VIAUD, « Médecines du sport, sports de médecins : Quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles », *Sciences sociales et sport*, 2-1, 2009, p. 129.

Emmanuel VIGNERON, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, 38-1, 2013, p. 41.

Fanny VINCENT, « La règle et la gestion. Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public », *La dérogation, le droit et le travail (XIXe-XXIe siècle)*, Chateaufort, 2018, p. 69-78.

Fanny VINCENT, « Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail "en 12 heures" à l'hôpital public. » Université de Paris-Dauphine, Paris, 2016.

Laurent VISIER, « Le médecin comme professionnel », *in* , Les Belles Lettres., Paris, 2011, p. 97-101.

Pierre VOLOVITCH, « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ? », *La Revue de l'Ires*, 51-2, 2006, p. 33.

Mathias WAELLI et Etienne MINVIELLE, « Facteurs clés pour une personnalisation du service rendu au patient : élaboration d'un cadre d'analyse », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31-5, 2013, p. 303.

Anne-Catherine WAGNER, « Syndicalistes européens: Les conditions sociales et institutionnelles de l'internationalisation des militants syndicaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 155-5, 2004, p. 12.

Max WEBER, *La domination*, Paris, La Découverte, 2015.

Max WEBER, *Economie et société*, Paris, Pocket, 2003.

Matthias WISMAR, WORLD HEALTH ORGANIZATION et EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (dir.), *Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries*, Copenhagen, Denmark, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

Richard WITORSKI, « La professionnalisation », *Savoirs*, 17-2, 2008, p. 9.

Frédéric WORMS, *Soin et politique*, Paris, P.U.F, 2015.

Jean-Pierre WORMS, « Le préfet et ses notables », *Sociologie du travail*, 8-3, 1966, p. 249-275.

Kevin YOUNG et Stéphane HEAS, « Sociologie de la douleur et des blessures sportives corporelles », *Corps*, n° 2-1, 2007, p. 13-17.

Geneviève ZOÏA et Laurent VISIER, « Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ? : Professionnalisation/déprofessionnalisation », *Recherche & formation*, 72, 2013, p. 41-56.

Emmanuelle ZOLELIO, « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 3-4, 2012, p. 377-394.

Sources

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson*, Cité des sciences et de l'Industrie de la Villette - Paris, 2000.

Pierre-Yves ANCEL et Jean Christophe ROZE, *Prématurités, ces bébés qui arrivent trop tôt*, Paris, INSERM, 2017.

G ANDERSON, E ELLIS, V WILLIAMS et C GATES, « Profile of the physiotherapy profession in New South Wales (1975-2002) », *Australian Journal of Physiotherapy*, 51-2, 2005, p. 109-116.

Joëlle ANDRE-VERT, Marylis GAZAVE, Patrick GOUDENEGE et José MORENO, « Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne », *Kinésithérapie, la Revue*, 6-50, 2006, p. 25-34.

Marie ANGUIS, Maxime BERGEAT, Jacques PISARIK, Noémie VERGIER, Hélène CHAPUT, Quentin LAFFETER, Blandine LEGENDRE, Christophe DIXTE et Muriel BARLET, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les dossiers de la DREES*, 76, 2021, p. 74.

Jean-Marc AUBERT, *Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation. Rapport final*, Paris, DREES, 2019.

Marion BACHELET et Marie ANGUIS, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *DREES Etudes et résultats*, 1011, 2017.

Muriel BARLET, Magali COLDEFY, Clémentine COLLIN et Véronique LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », *IRDES, document de travail*, 51, 2012, p. 56.

Muriel BARLET, Magali COLDEFY, Clémentine COLLIN et Véronique LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *DREES Etudes et résultats*, 795, 2012, p. 8.

J BARTHE, G CATALANO, G CHERON, D De TEMMERMANN et R MOUY, « Kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites », *journal de pédiatrie et puériculture*, 1, 1988, p. 41-45.

Agnès BARTHELEMY, Robert FORGET, Jacques VAILLANT et Cyril DUCLOS, « La physiothérapie et les sciences de la réadaptation au Québec : une source d'inspiration pour l'évolution de la masso-kinésithérapie française ? », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-161, 2015, p. 31-36.

M. Sánchez BAYLE, R. Martín MARTIN, J. Cano FERNANDEZ, G. Martínez SANCHEZ, J. Gómez MARTIN, G. Yep CHULLEN et M. C. García GARCIA, « Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego », *Anales de Pediatría*, 77-1, 2012, p. 5-11.

Eric BEAUVOIS, Henri FOURE, Pascal GOUILLY et Gregory REYCHLER, « Kinésithérapie dans la bronchiolite : doute raisonné ou raison de douter ? », *Kinésithérapie, la Revue*, 7-63, 2007, p. 51-52.

V. BELMONTI et G. CIONI, « La motricité spontanée du nouveau-né comme outil diagnostique et son rôle dans la prise en charge précoce », *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35-4, 2014, p. 118-128.

F. BERNARD-NARBONNE, P. DAOUD, H. CASTAING et A. ROUSSET, « Efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez des enfants intubés ventilés atteints de bronchiolite aiguë », *Archives de Pédiatrie*, 10-12, 2003, p. 1043-1047.

Didier BERTRAND et Serge MESURE, « La cryothérapie corps entier : une nouvelle approche thérapeutique », *Kinésithérapie, la Revue*, 14-152-153, 2014, p. 45-55.

Xavier BERTRAND, « Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique ».

L. BOYER, P. AUQUIER, G. FOND, « Données de vie réelle et Covid-19 : la troisième voie », *L'Encéphale*, 46-3, 2020, p. 114-115.

« Bronchiolite des nourrissons : essai négatif pour la kinésithérapie respiratoire », *Prescrire*, 30-325, 2010.

« Bronchiolite : pas de kinésithérapie respiratoire systématique », *Prescrire*, 277-26, 2006, p. 768-770.

« Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire », *Prescrire*, 32-350, 2012.

Roland CASH et Philippe ULMANN, *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé. Le cas de la France.*, Paris, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2008.

Chantal CASES et Dominique BAUBEAU, « Peut t'on quantifier les besoins de santé? », *Solidarité et santé*, 1, 2004, p. 17-22.

Delphine CHAMPETIER DE RIBES, « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau », *Regards*, 53, 2018, p. 57-68.

CNOMK, *Rapport démographie des kinésithérapeutes*, Ordre des masseurs kinésithérapeutes, 2017.

COLLEGE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE, *Avis du Collège de la Masso-Kinsithérapie du 19 Novembre 2019 relatif à la prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.*, Paris, 2019.

Lionel COLLET, « Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques », *Les Tribunes de la santé*, N° 59-1, 2019, p. 47.

CONSEIL NATIONAL ORDRE DES MEDECINS, « Etudes longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France ».

Pierre CORIAT et Silvia PONTONE, « Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs », *Les Tribunes de la santé*, n° 40-3, 2013, p. 37.

COURS DES COMPTES, *L'avenir de l'assurance maladie*, 2017.

Jacques CREMERS, « Préserver un enseignement supérieur de qualité et de proximité pour les étudiants de la Communauté française : limitation à 30 % du nombre d'étudiants non-résidents », *Kinésithérapie, la Revue*, 6-53, 2006, p. 6-9.

Yannick CROGUENNEC, « Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle », *DREES Etudes et résultats*, 1159, 2020, p. 7.

João Pedro DA FONSECA, « Historia da fisioterapia em Portugal (da origem a 1966) » Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, 2012.

Serge DARRINE, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l’horizon 2020 », *DREES*, 242, 2003, p. 8.

Marc DIARD, « Le dossier kinésithérapique et la justice », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-224-225, 2020, p. 79-82.

DREES, « Les capacités d’accueil à l’hôpital », in *Les établissements de santé Edition 2020*, Paris, 2020, p. 24-28.

DREES, « En 2016, 7700 étudiants affectés à l’issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Etudes et résultats*, 1006, 2017.

DREES, *Le revenus des médecins libéraux*, Paris, 2016.

DREES, « Les médecins : démographie et revenus », *Dossiers solidarité et santé*, 1, 1999.

François DUCROS, Alain BERGEAU, Gérard COLNAT, François MAIGNIEN, Alain POIRIER et Fanny RUSTICONI, *Histoire de la kinésithérapie et de la FFMKR. Savoir d’où l’on vient pour déterminer où l’on va*, Paris, FFMKR, 2020.

Michel DUFOUR, « Le kinésithérapeute et son français », *Kinésithérapie, la Revue*, 19-212-213, 2019, p. 50-57.

Michel DUFOUR, Patrick COLNE et Stéphane BARSİ, *Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques. Tome 1, Tome 1*, 2020.

EINSPIELER, BOS, KRIEBER-TOMANTSCHGER, ALVARADO, BARBOSA, BERTONCELLI, BURGER, CHORNA, DEL SECCO, DEREGNIER, HÜNING, KO, LUCACCIONI, MAEDA, MARCHI, MARTIN, MORGAN, MUTLU, NOGOLOVA, PANSY, PEYTON, POKORNY, PRINSLOO, RICCI, SAINI, SCHEUCHENEGGER, SILVA, SOLOVEICHICK, SPITTLE, TOLDO, UTSCH, VAN ZYL, VIÑALS, WANG, YANG, YARDIMCI-LOKMANOGLU, CIONI, FERRARI, GUZZETTA, et MARSCHIK, « Cerebral Palsy: Early Markers of Clinical Phenotype and Functional Outcome », *Journal of Clinical Medicine*, 8-10, 2019, p. 1616.

Christa EINSPIELER, Peter B. MARSCHIK, Arend F. BOS, Fabrizio FERRARI et Giovanni CIONI, « Heinz F. R. Prechtl, 1927-2014 crossing the borders: Obituary », *Developmental Psychobiology*, 56-7, 2014, p. 1609-1611.

Christa EINSPIELER, Peter B. MARSCHIK, Jasmin PANSY, Anna SCHEUCHENEGGER, Magdalena KRIEBER, Hong YANG, Maria K. KORNACKA, Edyta ROWINSKA, Marina SOLOVEICHICK et Arend F. BOS, « The general movement optimality score: a detailed assessment of general movements during preterm and term age », *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58-4, 2016, p. 361-368.

Didier EVENOU, Sydney SEBBAN, Christian FAUSSER et Delphine GIRARD, « Évaluation de l’effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville », *Kinésithérapie, la Revue*, 17-187, 2017, p. 3-8.

Fabrizio FERRARI, Carlotta PLESSI, Laura LUCACCIONI, Natascia BERTONCELLI, Luca BEDETTI, Luca ORI, Alberto BERARDI, Elisa DELLA CASA, Lorenzo IUGHETTI et Roberto D’AMICO, « Motor and Postural Patterns Concomitant with General Movements Are Associated with Cerebral Palsy at Term and Fidgety Age in Preterm Infants », *Journal of Clinical Medicine*, 8-8, 2019, p. 1189.

Michèle FORESTIER, *De la naissance aux premiers pas: laissons les bébés bouger*, Toulouse, ERES, 2018.

Romain FORESTIER, « Le thermalisme rhumatologique », *Kinésithérapie, la Revue*, 7-71, 2007, p. 34-39.

Eve FRANCHI, *Le marché de la santé en Espagne*, Marseille, Business meeting santé Marseille, 2016.

Paul FRAPPE, « Les référentiels et leur non-application en médecine générale », *Les Tribunes de la santé*, N°64-2, 2020, p. 49.

Vincent GAJDOS, Sandrine KATSAHIAN, Nicole BEYDON, Véronique ABADIE, Loïc DE PONTUAL, Sophie LARRAR, Ralph EPAUD, Bertrand CHEVALLIER, Sylvain BAILLEUX, Alix MOLLET-BOUDJEMLINE, Jean BOUYER, Sylvie CHEVRET et Philippe LABRUNE, « Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial », *PLoS Medicine*, 7-9, 2010, p. e1000345.

A GARCIA-GONZALEZ, A PEREZ-CARAMES, A MARTINEZ-RODRIGUEZ, A SILVESTRE-VINCENT, C MATEY-RODRIGUEZ et V ROBLES-GARCIA, « Análisis de la situación de la fisioterapia en los centros educativos en España », *Fisioterapia*, 44-3, 2022, p. 163-172.

Michel GEDDA, Paul LYONNAZ, Aymeric LE NEINDRE, Matthieu GUEMANN et Aude QUESNOT, « Diffusion gratuite des mémoires cadres de « Bois-Larris » dans kinedoc.org », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-159, 2015, p. 49-64.

Pedro GONÇALVES, Christian FORNER et Sébastien COLSON, « L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK », *Kinésithérapie, la Revue*, 21-231, 2021, p. 12-21.

Agnès GUILLAUME, « Rapport 2020 sur la démographie », *CNOMK*, , 2020, p. 28.

Mijna HADDERS-ALGRA, « Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson », *Enfance*, 55-1, 2003, p. 13.

Delphine GUYET, « Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques » Université de Rouen Normandie, Rouen, 2019.

Alistair J. GUNN, Abbot R. LAPTOOK, Nicola J. ROBERTSON, John D. BARKS, Marianne THORESEN, Guido WASSINK et Laura BENNET, « Therapeutic hypothermia translates from ancient history in to practice », *Pediatric Research*, 81-1-2, 2017, p. 202-209.

Laurence HARTMANN, Philippe ULMANN et Lise ROCHAIX, « Access to regular health care in Europe », , 2006, p. 19.

HAS, *Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.*, Paris, 2019.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, « Recommandation de bonne pratique. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque ».

A HUMAN et K MOSTERT-WENTZEL, « Routine chest physiotherapy is not more effective than usual supportive care in non-ventilated paediatric patients (0 to 24 months) with bronchiolitis : a systematic review », *Journal of Community and Health Sciences*, , 2013, p. 20.

Philippe JOUD, « Les 30 glorieuses de la kinésithérapie respiratoire : 1980-2010 », *Kinésithérapie, la Revue*, 10-100, 2010, p. 70-72.

AKL KWONG, TL FITZGERALD, LW DOYLE, JLY CHEONG et AJ SPITTLE, « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy : a systematic review », *Dev Med Child Neuro*, Février 22, 2018.

Christophe LAISNE et Isabelle HEYMAN, « Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie: Deux exemples en Martinique », *Le Coq-héron*, 181-2, 2005, p. 68.

Jean Michel LARDRY, « L'expérimentation de la sélection à l'entrée aux études de masso-kinésithérapie par la première année de médecine : 25ans d'une histoire mouvementée », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-167, 2015, p. 21-25.

Antoine LAZARUS et Gérard DELAHAYE, « Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 15-2, 2007, p. 79.

Michel LE METAYER, *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant: éducation thérapeutique*, Paris, Masson, 1999.

C LEFRANC, « La libre circulation des kinésithérapeutes européens », *Annales de kinésithérapie*, 7, 1998, p. 5.

Blandine LEGENDRE, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », *DREES*, 1144, 2020, p. 6.

Blandine LEGENDRE, Clémence ABERKI, Hélène CHAPUT et Gaëlle GATEAUD, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *DREES*, 1100, 2019, p. 6.

Pierre LEQUIEN, « Actualités en réanimation néonatale: de la place des émotions et des relations entre bébés, parents et soignants », in *Les émotions (autour) du bébé*, ERES, 2006, p. 129-136.

Alfred LEVERTIN, *La gymnastique médico-mécanique Zander : Méthode, importance, application*, Stockholm : Norstedt, 1893.

LORENZ K, « Gestaltwahrnehmung als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis », *Z Exp Angew Psychol*, 6, 1959, p. 118-165.

Véronique LUCAS-GABRIELLI, « L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales », *Document de Travail IRDES*, 80, 2019, p. 114.

Wei LUO et Yi QI, « An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians », *Health & Place*, 15-4, 2009, p. 1100-1107.

Wei LUO et Fahui WANG, « Measures of Spatial Accessibility to Health Care in a GIS Environment: Synthesis and a Case Study in the Chicago Region », *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30-6, 2003, p. 865-884.

Liang MA, Bingshang YANG, Lingdan MENG, Baohong WANG, Chunhui ZHENG et Aihua CAO, « Effect of early intervention on premature infants' general movements », *Brain and Development*, 37-4, 2015, p. 387-393.

François MAIGNIEN, « La kinésithérapie française rejoint la physiothérapie internationale », *Kinésithérapie, la Revue*, 15-167, 2015, p. 18-20.

Christine MAILLARD et Agnès BUZYN, « La Haute Autorité de santé en 2017 », *Les Tribunes de la santé*, N° 58-1, 2018, p. 79.

Vincent MARSALA, Patrick ALLAL et Isabelle ROUSSEL, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, Paris, IGAS, 2013.

Catherine MATHELIN, « Parents et soignants autour du bébé prématuré », in *Les émotions (autour) du bébé*, ERES, 2006, p. 143-148.

Marianne MEQUIGNON, « Bénéfice des physiothérapeutes dans les services d'urgence : rôles émergents des kinésithérapeutes à l'international », *Kinésithérapie scientifique*, 596, 2018, p. 27-33.

Marianne MEQUIGNON, Amélie KECHICHIAN, Simon LAFRANCE, Anthony DEMONT et François DESMEULES, « Francophonie et physiothérapie au Canada : spécificité d'un pays bilingue », *Kinésithérapie, la Revue*, 19-212-213, 2019, p. 42-47.

Christelle MILLIEN, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *DRESS Etudes et résultats*, 1075, 2018, p. 6.

Christelle MILLIEN, « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *DREES*, 1062, 2018, p. 6.

Christelle MILLIEN, « En 2015, un tiers des nouveaux chirurgien.ne.s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger », *DREES*, 1026, 2017.

Richard MONVOISIN, Albin GUILLAUD, Nelly DARBOIS et Nicolas PINSULT, « Les kinés-ostéos, centaures de la santé », *Kinésithérapie, la Revue*, 18-198, 2018, p. 55-56.

G. MORIETTE, S. RAMEIX, E. AZRIA, A. FOURNIE, P. ANDRINI, L. CAEYMAEX, C. DAGEVILLE, F. GOLD, P. KUHN et L. STORME, « Naissances très prématurées: dilemmes et propositions de prise en charge. Seconde partie: enjeux éthiques, principes de prise en charge et recommandations », *Archives de pédiatrie*, 17-5, 2010, p. 527-539.

Jean-Marcel MOURGUES et Patrick BOUET, « Atlas de la démographie médicale en France », *Conseil National de l'Ordre des médecins*, , 2018, p. 165.

J.-B. MULLER, V. CASTAING, S. DENIZOT, G. CAILLAUX, A. FRONDAS, L. SIMON, J.-C. ROZE et C. FLAMANT, « Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie », *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35-1, 2014, p. 41-43.

OCDE, « Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) », in *Panorama de la santé 2011*, Editions OCDE., 2011, p. 4.

OCDE, « La réforme en cours du système de santé portugais », in *Etudes économiques de l'OCDE*, Editions de l'OCDE., 2004, vol.13, p. 135-194.

Nicolas PINSULT, « Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-218, 2020, p. 3-7.

G. POSTIAUX, J. LOUIS, H. C. LABASSE, J. GERROLDT, A.-C. KOTIK, A. LEMUHOT et C. PATTE, « Evaluation of an Alternative Chest Physiotherapy Method in Infants With Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis », *Respiratory Care*, 56-7, 2011, p. 989-994.

G POSTIAUX, P MAFFEI, J-C VILLIOT-DANGER et J-C DUBUS, « La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Arguments pour/contre », *Revue des Maladies Respiratoires*, 35, 2018, p. 403-415.

Heinz F R PRECHTL, Christa EINSPIELER, Giovanni CIONI, Arend F BOS, Fabrizio FERRARI et D SONTHEIMER, « An early marker for neurological deficits after perinatal brain lesions. », *Lancet*, 10-349, 1997, p. 1361-1363.

HF PRECHTL, C EINSPIELER, G CIONI, A BOS, F FERRARI et D SONTHEIMER, « An early marker of developing neurological handicap after perinatal brain lesions », *Lancet*, 339, 1997, p. 1361-1363.

John RADKE et Lan MU, « Spatial Decompositions, Modeling and Mapping Service Regions to Predict Access to Social Programs », *Annals of GIS*, 6-2, 2000, p. 105-112.

Jean-Philippe REGNAUX, Stéphan ROSTAGNO et Rémi REMONDIERE, « Enquête sur l'enseignement de l'Evidence-Based Practice dans la formation initiale en masso-kinésithérapie-physiothérapie, en 2012 », *Kinésithérapie, la Revue*, 13-136, 2013, p. 45-51.

Susan REID, Anna LANIGAN et Dinah REDDIHOUGH, « Post-neonatally acquired cerebral palsy in Victoria, Australia, 1970-1999 », *J Paediatr Child Health*, 42-10, 2006, p. 606-611.

Larissa REMENNICK et Gila SHAKHAR, « You Never Stop Being a Doctor: The Stories of Russian Immigrant Physicians Who Converted to Physiotherapy », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7-1, 2003, p. 87-108.

Remi REMONDIERE, « Une journée ordinaire du blessé de la grande guerre, en physiothérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-224-225, 2020, p. 90-96.

Remi REMONDIERE, « La défense des masseurs médicaux face à la prostitution. Première moitié du XXe siècle », *Kinésithérapie, la Revue*, 20-218, 2020, p. 53-60.

Remi REMONDIERE, « 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) » EHESS, Paris, 1996.

Remi REMONDIERE et Marin-Philippe DURAFORG, « Regards sur la kinésithérapie en 2018 », *Santé Publique*, 30-6, 2018, p. 869.

Renata REMONDINI, Adriana Zamprônio dos SANTOS, Giselle de CASTRO, Cristiane do PRADO et Luiz Vicente Ribeiro Ferreira da SILVA FILHO, « Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period », *Einstein (São Paulo)*, 12-4, 2014, p. 452-458.

Nicolas REVEL, « L'Assurance maladie, partenaire ou contrôleur des professionnels de santé ? », *Les Tribunes de la santé*, N° 58-1, 2018, p. 37.

Isabelle RICHARD et Jean-Paul SAINT-ANDRE, « Études de médecine : quelques réflexions pour l'université française », *Esprit*, Octobre-10, 2010, p. 67.

Stéphanie RIST et Raphaël ROGEZ, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, N°63-1, 2020, p. 51.

Isabelle ROCHAT, Patricia LEIS, Marie BOUCHARDY, Christine OBERLI, Hendrika SOURIAL, Margrit FRIEDLI-BURRI, Thomas PERNEGER et Constance BARAZZONE ARGIROFFO, « Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial », *European Journal of Pediatrics*, 171-3, 2012, p. 457-462.

Julie ROCHUT, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *DRESS Etudes et résultats*, 895, 2014, p. 6.

Marta ROQUE I FIGULS, Maria GINE-GARRIGA, Claudia GRANADOS RUGELES et Carla PERROTTA, « Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2012.

F RUFF, A HENNEQUET et J BARTHE, « Intérêt de la kinésithérapie respiratoire dans le traitement des bronchopathies sécrétantes chez l'enfant. Contribution de l'exploration fonctionnelle. », *Kinésithérapie scientifique*, 173, 1979, p. 51-55.

Jean-Paul SAINT-ANDRE et Isabelle RICHARD, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, Janvier-1, 2007, p. 65.

E SALIBA, *Néonatalogie: bases scientifiques*, 2017.

Dominique SANDRE, « Soins de développement et prévention des difficultés développementales chez les bébés nés prématurément », *Spirale*, 78, 2016, p. 109-113.

François-Régis SARHAN, « Effets mesurés à 24h de la prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite du nourrisson en pratique de ville », *Kinésithérapie, la Revue*, 13-134, 2013, p. 48-49.

A SBIHI, D LALLEMAND, J BARTHE, A HENNEQUET et J SAUVEGRAIN, « Place de la radiologie dans le diagnostic et la surveillance des bronchopathies chroniques de l'enfant avant et après kinésithérapie », *Kinésithérapie scientifique*, 173, 1979, p. 45-47.

S SEBBAN, D EVENOU, C JUNG, C FAUSSER, S JC JEULIN, S DURAND, M BIBAL, V GENINASCA, M SAUX et M LECLERC, « Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. Bronkilib 2 », *Journal of Clinical Research and Medicine*, 2-4, 2019.

Jacques SIZUN, Helene ANSQUER, Joy BROWNE, Sylvie TORDJMAN et Jean-Francois MORIN, « Developmental care decreases physiologic and behavioral pain expression in preterm neonates », *The Journal of Pain*, 3-6, 2002, p. 446-450.

Jean-Marie SPAETH, « Les syndicats et l'assurance maladie », *Les Tribunes de la santé*, n° 18-1, 2008, p. 29.

B. STERLING, E. BOSDURE, N. STREMLER-LE BEL, B. CHABROL et J.-C. DUBUS, « Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire : un dogme ébranlé », *Archives de Pédiatrie*, 22-1, 2015, p. 98-103.

R.L. SWEET et S.B. MOIR, « Some elementary guides for performing research into the effects of physiotherapy treatments. », *Australian Journal of Physiotherapy*, 19-3, 1973, p. 85-90.

Bruno TOUSSAINT, « La regulation du médicament par les normes (AMM, SMR, ASMR...) », *Les Tribunes de la santé*, 2-64, 2020, p. 87-97.

L VAIVRE-DOURET, K ENNOURI, I JRAD, C GARREC et E PAPIERNIK, « Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants », *European Journal of Paediatric Neurology*, 8-1, 2004, p. 21-34.

F. VAN GINDERDEUREN, Y. VANDENPLAS, M. DENEYER, S. VANLAETHEM, R. BUYL et E. KERCKHOFS, « Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis », *Pediatric Pulmonology*, 52-2, 2017, p. 225-231.

Roger VASSEUR et Pierre DELION, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès, 2010.

Noémie VERGIER, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *DREES Etudes et résultats*, 970, 2016, p. 6.

Noémie VERGIER, Hélène CHAPUT et Ingrid LEFEBVRE-HOANG, « Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? », *Les dossiers de la DREES*, 17, 2017, p. 63.

Nahathai WONGPAKARAN, Tinakon WONGPAKARAN, Danny WEDDING et Kilem L GWET, « A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples », *BMC Medical Research Methodology*, 13-1, 2013, p. 61.

Liste des sigles

ADELI : Automatisation DEs LListes (répertoire administratif du nombre de kinésithérapeutes)

APA : Activité Physique Adaptée

APL : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

ARES : Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieure (belge)

ARM : Accord de Reconnaissance Mutuel (entre Québec et France)

ARS : Agence Régionale de Santé

ATP : Association of Tennis Professionals

CESS : Certification d'Enseignement Secondaire Supérieur (en Belgique)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIFEPK : Congrès International Francophone pour les Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNU : Conseil National des Universités

HAS : Haute Autorité en Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (en Belgique)

CIFEPK : Congrès International Francophone des Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (échelon départemental)

CRAE : Commission Régionale d'Autorisation d'Exercice (pilotée par les DRJSCS sous autorité des préfets de région)

D.E. : Diplôme d'Etat (de kinésithérapeute)

DEJEPS : Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé

DRJSCS : Directions Régionales Jeunesse Sport et Cohésion Sociale (avec une prérogative sur les diplômes de Santé issue des anciennes Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales)

EBP : Evidenced Based Practice

ECR : Essais Contrôlés Randomisés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNEK : Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes

GM : Mouvements Généraux

HAS : Haute Autorité en Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFMK : Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

KA : Kiné Actualité

LMD : Licence-Master-Doctorat

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

ORDPS : Observatoire Régional de la Démographie des Professions de Santé

PACES : Première Année Commune d'Etude en Santé

PASS : Portail d'Accès Spécifique Santé

PCEM1 : Premier Cycle d'Etudes Médicales 1^{ère} année

PHRIP : Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale

RPPS : Répertoire Partagé des Professions de Santé

UFR médecine : Unité de Formation et de Recherche en médecine

URPS : Union Régionale des Professions de Santé (représentants des métiers de la santé auprès des

ARS, élus par les libéraux conventionnés sur listes syndicales)

SFP : Société Française de Physiothérapie

STAPS : Science et Technique des Activités Physiques et Sportives

TRP : Thérapeute en Rééducation Physique

UE : Union Européenne

Annexes

Annexe 1 Quotas d'étudiants admissibles dans les IFMK français, chiffres fournis par le bureau RH1 de la DGOS (p 311)

Année	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Quotas	1853	1762	1726	1642	1543	1533	1508	1506	1466	1466	1466

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Quotas	1466	1466	1466	1466	1466	1466	1419	1369	1314	1336	1406

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quotas	1520	1635	1847	1869	1889	1959	2079	2245	2255	2440	2520

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quotas	2524	2593	2650	2713	2746	2811

Annexe 2 Relevé du nombre d'étudiants selon leur nationalité, fourni par l'UB (p 312)

Année	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Nombre d'inscrits en kinésithérapie à l'ULB	312	310	306	306	298	252	244	222	233	238	222
Dont étudiants belges	251	252	258	251	243	199	192	179	180	181	164
Dont étudiants français	5	3	5	5	4	7	9	7	12	16	12
Pourcentage d'étudiants français	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,3%	2,8%	3,7%	3,2%	5,2%	6,7%	5,4%

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre d'inscrits en kinésithérapie à l'ULB	249	249	264	309	324	402	383	410	441	471
Dont étudiants belges	178	164	175	197	188	196	182	183	181	187
Dont étudiants français	26	39	39	56	85	156	162	177	222	228
Pourcentage d'étudiants français	10,4%	15,7%	14,8%	18,1%	26,2%	38,8%	42,3%	43,2%	50,3%	48,4%

Annexe 3 : questionnaire aux étudiants kinésithérapeutes (p 528)

Les étudiants de kinésithérapie en Europe

Dans le cadre d'un doctorat en sciences politiques à l'ENS de Lyon, j'étudie les parcours de formation et mobilité des futurs kinésithérapeutes européens

Afin de m'aider à cerner qui sont les étudiants en kinésithérapie européen, ainsi que leurs projets, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Ces données sont anonymes néanmoins, pour aller plus loin, vous avez la possibilité de laisser votre adresse email ici :

.....

Auquel cas les informations recueillies sur ce questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Jérémie Rollin, doctorant ENS Lyon, dans le cadre de la recherche doctorale en cours. Elles sont conservées pendant 3 ans (temps de la recherche) avant archivage.

Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant : jeremy.rollin@ens-lyon.fr

Vous êtes :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Féminin

Masculin

Dans quel établissement de formation de kinésithérapie êtes-vous?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel était votre âge lors de votre entrée en formation de kinésithérapie (au 1er septembre de l'année d'entrée)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

En quelle année de votre formation de kinésithérapie êtes-vous?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

première année

quatrième année

Autre:

Quelle filière vous a permis d'accéder à ce cursus?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

PACES

Licence STAPS

Licence science

Sportif Haut-niveau

Reconversion professionnelle

Diplôme de kinésithérapeute étranger

Bac/CESS

Autre:

Si il y a lieu, quel autre cursus dans le supérieur avez-vous suivi avant l'entrée en formation de kinésithérapie?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle était la filière ou section de votre baccalauréat/CESS (précisez la mention éventuelle ou la note moyenne)

Veillez écrire votre réponse ici :

Dans quelle ville avez-vous passé votre dernière année de secondaire?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre nationalité? (et région si besoin)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Espagnol (catalan)

Espagnol (autre)

Belge (walon)

Belge (flamand)

Français

Portugais

Autre:

Combien de frères et soeurs avez-vous?

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est la profession de votre père? (préciser l'employeur si besoin)

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est la profession de votre mère? (préciser l'employeur si besoin)

Veillez écrire votre réponse ici :

Y a t'il un (ou plusieurs) professionnel de santé dans votre environnement familial?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Faites-vous du sport actuellement?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Moins de 1 fois par semaine

De 1 à 3 fois par semaine
Plus de 3 fois par semaine

Si vous faites du sport, le ou lesquels?

Veillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous eu l'occasion durant l'année écoulée (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

D'aller voir une pièce de théâtre

D'aller à l'opéra

D'aller voir une exposition de peinture ou de sculpture

D'aller à un concert de musique

D'aller au cinéma

Aucune de ces sorties

Jouez-vous d'un instrument de musique?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Pour les pays ayant une année de sélection, vous êtes-vous inscrit dans une prépa privée afin de préparer votre concours ou sélection?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Comment jugez-vous la charge de travail nécessaire pour intégrer cette formation de kinésithérapie?

Donner un chiffre sur une échelle de 1 (très aisément soutenable) à 10 (charge de travail quasiment insoutenable)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Comment jugez-vous (ou imaginez-vous) la charge de travail demandée durant ces études?

Donner un chiffre sur une échelle de 1 (très aisément soutenable) à 10 (charge de travail quasiment insoutenable)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Comment évaluez-vous vos chances d'obtenir le diplôme en fin de cursus?

Donner un chiffre sur une échelle de 1 (très peu de chances de l'obtenir) à 10 (certitude de l'obtenir)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est le mode de financement de vos études (plusieurs choix possibles)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Prêt bancaire

Aide de la famille

Travail étudiant

Bourses

Autre:

Où logez-vous?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Au domicile familial

Logement étudiant public

Parc locatif privé seul

Parc locatif privé en collocation

Autre:

La formation de kinésithérapie était-elle un premier choix à la sortie du secondaire?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si non, quelle était la formation ou le métier envisagé?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '24 [choix]' (La formation de kinésithérapie était-elle un premier choix à la sortie du secondaire?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Envisagez-vous de vous réorienter vers une autre filière sans finir ce cursus?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si vous souhaitez vous réorienter, pourquoi? (plusieurs réponses possibles)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '26 [kine]' (Envisagez-vous de vous réorienter vers une autre filière sans finir ce cursus?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Le cursus est trop difficile

Le futur métier ne correspond pas à mes attentes

Ma présence dans ce cursus me permet de postuler au cursus réellement souhaité

Autre:

Envisagez-vous des poursuites d'études à l'issue du diplôme de kinésithérapie?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui lesquelles?

Veillez écrire votre réponse ici :

Des études de kinésithérapie à l'étranger ont-elles été envisagées?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, dans quel pays?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '30 [etudeetranger]' (Des études de kinésithérapie à l'étranger ont-elles été envisagées?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Si oui, pour quelle raison y avoir renoncé?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '30 [etudeetranger]' (Des études de kinésithérapie à l'étranger ont-elles été envisagées?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Ma formation était plus proche géographiquement

Ma formation était moins onéreuse

A cause de la barrière de la langue

A cause de difficultés administratives

Ma formation est de meilleure qualité

Je n'y ai pas renoncé, je suis actuellement en formation à l'étranger

Autre:

Avez-vous déjà fréquenté des étudiants (ou diplômés) de formations en kinésithérapie d'autres pays européens?

(qu'ils soient français ou d'une autre nationalité)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui dans quel cadre (plusieurs réponses possibles)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '33 [etudiantetranger]' (Avez-vous déjà fréquenté des étudiants (ou diplômés) de formations en kinésithérapie d'autres pays européens? (qu'ils soient français ou d'une autre nationalité))

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Sphère familiale

Sphère amicale

Stages

Autre:

Avez-vous déjà voyagé dans d'autres pays européens (Union Européenne + Islande, Suisse, Norvège)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, lesquels?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '35 [voyages]' (Avez-vous déjà voyagé dans d'autres pays européens (Union Européenne + Islande, Suisse, Norvège))

Veillez écrire votre réponse ici :

Pensez-vous que l'Europe va changer les pratiques en kinésithérapie?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, en quoi?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '37 [europepratique]' (Pensez-vous que l'Europe va changer les pratiques en kinésithérapie?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Comment jugez-vous (ou imaginez-vous) le niveau des cursus européens de kinésithérapie (en comparaison de votre propre cursus)?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Meilleur	Identique	Moins bon	C'est mon cursus
Cursus belge				
Cursus français				
Cursus allemand				
Cursus roumain				
Cursus suisse				
Cursus espagnol				

Pensez-vous que l'équivalence des diplômes européens est souhaitable?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous pour projet d'aller travailler dans un pays différent de celui de formation?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Et dans quel pays?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '41 [projetemigr]' (Avez-vous pour projet d'aller travailler dans un pays différent de celui de formation?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Comment jugez-vous l'Union Européenne de manière générale?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- positivement
- plutôt positivement
- plutôt négativement
- négativement
- sans avis

Comment jugez-vous la libre circulation des travailleurs dans l'Union Européenne?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- positivement
- plutôt positivement
- plutôt négativement
- négativement
- sans avis

Quel est votre niveau de langue?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Langue maternelle	Bilingue	Bon niveau	Niveau correct	Mauvais niveau	Ne parle pas du tout
Anglais						
Espagnol						
Catalan						
Français						
Portugais						
Flamand						
Autre (.....)						
Autre (.....)						

Avez-vous étudié le latin ou le grec?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quel est votre projet professionnel? (plusieurs réponses possibles)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Installation en libéral, création de son propre cabinet

installation en libéral en association ou collaboration dans un cabinet existant

Remplacement libéral

Salarié en structures privées

Salarié en structures publiques

Remplacement salarié

Interim

Ne sais pas

Autre:

Avez vous déjà une offre d'emploi? (ou une proposition avancée?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui pensez-vous l'accepter?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '48 [offreemploi]' (Avez vous déjà une offre d'emploi? (ou une proposition avancée?))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Etes-vous favorable à la limitation du nombre d'étudiants en kinésithérapie?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Etes-vous favorable à la limitation du nombre d'installation en libéral? (quotas au conventionnement)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 Questionnaire aux membres du bureau national de la FNEK 2021-2022 (p 630)

Questionnaire réduit à destination des membre du bureau national FNEK

.....

Genre

Etes-vous :

Une femme

Un homme

Quel établissement de formation en kinésithérapie fréquentez-vous (ou avez-vous fréquenté)?

.....

Quel était votre âge lors de votre entrée en formation de kinésithérapie (au 1er septembre de l'année d'entrée ?

.....

Quelle était la filière ou section de votre baccalauréat / Diplôme d'accès au supérieur ? (précisez la mention ou la moyenne le cas échéant)

.....

[]Avez-vous appris le latin ou le grec ancien ?

Oui

Non

[]Quelle est votre nationalité ?

.....

[]Quelle est la profession de votre père ?

(au moment de vos études. Vous avez la possibilité d'expliciter une situation particulière pour faciliter le codage ultérieur)

.....

[]Quelle est la profession de votre mère ?

(au moment de vos études. Vous avez la possibilité d'expliciter une situation particulière pour faciliter le codage ultérieur)

.....

Y avait-il un (ou plusieurs) professionnel de santé dans votre environnement familial ?

Oui

Non

Projetez-vous de passer d'autres diplômes à l'issu du cursus de kinésithérapie (DU, master, doctorat, ostéopathie, spécialisation...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 5 Questionnaire aux élus nationaux du CNOMK 2021 (p 631)

Questionnaire réduit à destination des conseillers nationaux du CNOMK

.....

Genre

Etes-vous :

Une femme

Un homme

Quel établissement de formation en kinésithérapie avez-vous fréquenté?

.....

Quel était votre âge lors de votre entrée en formation de kinésithérapie (au 1er septembre de l'année d'entrée ?

.....

Quelle était la filière ou section de votre baccalauréat / Diplôme d'accès au supérieur ? (précisez la mention ou la moyenne le cas échéant)

.....

Avez-vous appris le latin ou le grec ancien ?

Oui

Non

[]Quelle est votre nationalité ?

.....

[]Quelle était la profession de votre père ?

(au moment de vos études. Vous avez la possibilité d'expliciter une situation particulière pour faciliter le codage ultérieur)

.....

[]Quelle était la profession de votre mère ?

(au moment de vos études. Vous avez la possibilité d'expliciter une situation particulière pour faciliter le codage ultérieur)

.....

[]Y avait-il un (ou plusieurs) professionnel de santé dans votre environnement familial ?

Oui

Non

Avez-vous passé d'autres diplômes à l'issu du cursus de kinésithérapie (DU, master, doctorat, ostéopathie, spécialisation...)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 6 Questionnaire aux étudiantes diététiciennes (p 674)

Formation des étudiants diététiciens en France.

Afin de participer à la détermination des profils d'étudiants et futurs diététiciens vous pouvez remplir le questionnaire suivant, certaines questions étant à réponses libres, d'autres nécessitant de sélectionner la réponse la plus appropriée.

1) Dans quelle structure suivez-vous la formation de diététicien

2) Quelle filière vous a permis d'entrer dans cette formation ?

Bac

STAPS

Licence SVT

Reconversion professionnelle (précisez le titre initial)

Autres (précisez) :

3) Vos cursus dans le supérieur avant diététique (si c'est le cas) :

4) Votre âge à l'entrée en 2ème année (au 1^{er} septembre de l'année) et votre sexe ?

5) La **filière** (S ? L...?) de votre baccalauréat (**précisez la mention éventuelle**, AB, bien... ? Etc)

6) Ville où vous avez effectué votre année de terminale

7) Nombre de frères et sœurs

8) Profession du père :

9) Profession de la mère :

10) Pratiquez-vous du sport actuellement (entourer)?

Moins d'une fois par semaine

de 1 à 3 fois par semaine

plus de 3 fois par semaine

11) Avez-vous eu l'occasion durant l'année écoulée (entourer, plusieurs réponses possibles)?

D'aller voir une pièce de théâtre

D'aller voir un opéra

D'aller voir une exposition de peinture ou de sculpture

D'aller au cinéma

Aucune de ces sorties

12) Jouez-vous d'un instrument de musique ?

Oui

Non

13) Quel est le mode de financement de vos études (plusieurs choix possibles)

Emprunt

Aide familiale

Travail étudiant

Bourses (précisez organisme et montant annuel)

Autres

14) Où logez-vous ?

Au domicile parental

Logement étudiant public (Crous)

Parc locatif privé seul

Par locatif privé en collocation

Autres (préciser)

15) La formation en diététique était-elle un premier choix à la sortie du lycée ?

Oui

Non

16) Si non quel était le métier envisagé ?

17) Envisagez-vous des poursuites d'études ?

Oui

Non

18) si oui lesquelles?

19) Des études de diététique à l'étranger ont-elles été envisagées ?

Oui

Non

20) Si oui dans quel pays ?

21) Si oui pour quelle raison y avoir renoncer ?

-formation plus proche géographiquement

-cursus français moins onéreux

-barrière de la langue

-difficultés administratives

-cursus français de meilleure qualité

-autre (précisez)

22) Avez-vous déjà fréquenté des étudiants issus d'écoles d'autres pays européens ? (qu'ils soient français ou d'une autre nationalité) ?

Oui

Non

23) Si oui dans quel cadre (plusieurs réponses possibles)

-sphère familiale

-sphère amicale

-cours

-autres (précisez)

24) Avez-vous déjà voyagé dans d'autres pays européens (Union européenne + Islande, Suisse, Norvège) ?

Oui

Non

25) Si oui lesquels ?

26) Est ce que vous pensez que l'Europe va changer les pratiques en diététique ?

Oui

Non

27) Si oui, dans quel sens (expliquez?)

27) Pensez-vous que l'équivalence des diplômes européens est souhaitable ?

Oui

Non

28) Avez-vous pour projet d'aller travailler dans un autre pays européen ?

Oui

Non

29) Si oui lesquels ?

30) Comment jugez-vous l'Union Européenne de manière générale ?

Positivement

Plutôt positivement

Plutôt négativement

Négativement

Sans avis.

31) Comment jugez-vous la libre circulation des travailleurs dans l'Union Européenne ?

Positivement

Plutôt positivement

Plutôt négativement

Négativement

Sans avis

32) Parlez-vous anglais ?

Oui bilingue

Oui bien

Oui correctement

Non pas trop

Non pas du tout

33) Parlez-vous espagnol ?

Oui bilingue

Oui bien

Oui correctement

Non pas trop

Non pas du tout

34) Parlez-vous une autre langue étrangère ?

Oui

Non

La (les) quelles ?

Et niveau ? (bilingue, bien, correctement, pas trop, pas du tout?)

35) Avez- vous étudié le latin ou le grec ?

Oui

Non

36) Quel est votre projet professionnel :

-Installation diététicien libéral en créant votre cabinet

-installation diététicien libéral dans un cabinet existant

-Diététicien libéral remplaçant

-Salariat en hôpital ou clinique

-salariat en restauration collective

-Remplacements salariés (y compris intérim)

-autres (précisez)

37) Avez-vous déjà une offre d'emploi (ou une piste avancée)

Oui

Non

38) Si oui pensez-vous accepter cette offre ?

Oui

Non

39) Etes-vous favorable à un numerus clausus à la formation plus sévère (nombre de places limités dans les formations)

Oui

Non

Table des schémas, figures et tableaux

Schéma 1 : Ecologie de la kinésithérapie française et de ses tutelles	42
Schéma 2 : dispositif d'enquête	48
Schéma 3 : représentation graphique simplifiée de l'écologie des kinésithérapeutes et des rapports au champ médical et à l'espace des sports.....	97
Schéma 4 : processus permettant à Elodie d'adopter un travail professionnel.....	206
Figure 1 : graphique montrant l'évolution des revenus moyens tirés de l'activité libérale pour 3 métiers (chiffres UNASA, à noter que l'inflation n'est pas prise en compte).....	103
Figure 2 : comparaison des demandes d'AE (courbe verte), des AE accordées (courbe rouge) et évaluation des sortants d'IFMK (courbe bleue) de 2011 à 2018.	165
Figure 3 : représentation des origines de diplômes des AE accordées dans deux régions non frontalières	168
Figure 4 : représentation des origines de diplômes des AE accordées dans deux régions frontalières	168
Figure 5 : représentation de l'évolution des origines de diplômes des demandes d'AE dans une région frontalière avec l'Espagne.....	170
Figure 6 : photos de « salle de travail » et d'« espace co-working » à l'université de « Privada V », université privée catalane qui a bien voulu participer à l'enquête.	177
Figure 7 : photo de la « salle de contrôle » de la néonatalogie.	194
Figure 8 : photo d'une ordonnance reçue le 17/02/2021	221
Figure 9 : photo de la pièce du cabinet où se déroule la séance d'Adèle (photo prise à l'emplacement de la caméra).....	248
Figure 10 : photo du « jeu de la lune »	249
Figure 11 : feuille plastifiée proposée à Adèle pour l'exercice de pâte à modeler	249
Figure 12 : feuille plastifiée proposée à Adèle pour l'activité dessin	250
Figure 13 : l'exercice de la pince et des perles	251
Figure 14 : image proposée dans l'article KA n°1574 « Congrès, le rôle du kinésithérapeute dans certaines pathologies très intimes ».....	311
Figure 15 : graphique de l'évolution du nombre de kinésithérapeutes en France métropolitaine.	315
Figure 16 : graphique de l'évolution du nombre d'impétrant kinésithérapeutes (MK).	317

Figure 17 : graphique de l'évolution du nombre d'impétrants kinésithérapeutes (données manquantes projetées suivant la logique de la progression linéaire des valeurs).....	318
Figure 18 : graphique DREES.....	319
Figure 19 : graphique du nombre d'étudiants en kinésithérapie à l'UB, par nationalité (les données chiffrées regroupées sous format tableau figurent en annexe 2).	320
Figure 20 : dessin publié dans le journal régional « les échos du berry », le 19/11/2020, en préambule d'un article relatant la publication d'une cartographie des déserts médicaux où le département du Loir et Cher est particulièrement mal classé.	339
Figure 21 : photo du congrès CIFEPK à Bordeaux, en mars 2020, session inaugurale.....	430
Figure 22 : images tirées de l'article de 1979 « Place de la radiologie dans le diagnostic et la surveillance des bronchopathies chroniques de l'enfant avant et après kinésithérapie ».....	434
Figure 23 : représentation graphique du nombre d'étudiants en kinésithérapie admis.....	483
Figure 24 : graphique de l'évolution des pourcentages d'étudiants femmes et hommes au sein de l'IFMK O.	517
Figure 25 : représentation graphique de l'évolution des CSP des étudiants depuis l'ouverture de l'IFMK O, regroupées en 4 classes. Une courbe de tendance bleue a été rajoutée pour une meilleure lisibilité.	521
Figure 26 : représentation graphique des pourcentages d'étudiants dont les pères sont « agriculteurs » ou « artisans, commerçants, chefs d'entreprise ». Une courbe de tendance en bleue a été rajoutée.....	522
Figure 27 : représentation graphique des pourcentages d'étudiants dont les pères sont classés dans les « professions intermédiaires » ou comme « employés ». Une courbe de tendance en bleue a été rajoutée.....	523
Figure 28 : représentation graphique de l'évolution des pourcentages d'étudiants ayant un père ouvrier.	524
Figure 29 : représentation graphique de l'évolution du pourcentage d'étudiants ayant un père cadre ou profession intellectuelle supérieure.....	525
Figure 30 : trois courbes de tendance des distributions selon le sexe au sein des trois groupements de catégories sociales.....	528
Figure 31 : histogramme récapitulant les CSP des pères des étudiants en pourcentage et selon les écoles (les pourcentages manquant pour atteindre 100 sont les situations « non attribuées »)..	544
Figure 32 : histogramme des nationalités d'étudiants (en pourcentage) par structures regroupées (à noter que les binationaux ont été codés « autre »).	545
Figure 33 : photo d'un des gymnases internes à la faculté de motricité de l'UB. Des travaux pratiques de première année de kinésithérapie s'y sont déroulés lors de mon enquête, avec des apprentissages en lien avec les habiletés motrices dans un cadre sportif.....	567

Figure 34 : positionnement des élèves d'un groupe classe (groupe 15) de quatrième année de kinésithérapie à Privada V lors d'un TD obligatoire.	602
Figure 35 : photo prise dans une cour de l'Université Privada V au cours de l'hiver 2019 : des étudiants catalans s'entraînent à la réalisation d'un « Castells », exercice sportif et culturel traditionnel en Catalogne.	605
Figure 36 : photo prise à l'occasion d'une manifestation « IKE » en France, la mise en scène de la nudité sur le thème du burlesque est ici associée à la référence sportive, attribut distinctif des kinésithérapeutes par rapport aux médecins.	609
Tableau 1 : rangs des premiers étudiants classés au concours de l'internat (hors engagement de service public) et indice d'attractivité proposé par la DREES.	79
Tableau 2 : nombre de praticiens, répartition genrée et part de travail salarié.	95
Tableau 3 : exemples de différences de dispositions conventionnelles en 2019	101
Tableau 4 : chiffres d'affaires annuels et bénéfices nets avant impôts, en euros, relevés auprès de l'UNASA.	102
Tableau 5 : revenus moyens, nets en euros, avant impôts, tirés de l'activité libérale (source UNASA)	104
Tableau 6 : décompte des ordonnances d'un cabinet de rééducation pédiatrique pour 2019...	110
Tableau 7 : décompte des ordonnances d'un cabinet de rééducation généraliste pour 2018....	112
Tableau 8 : décompte des présents aux formations GM 2019 et 2020 dans le sud de la France, par corps de métiers.	119
Tableau 9 : décompte des spécialités des médecins présents aux formations GM en 2019 et 2020 dans le sud de la France.	119
Tableau 10 : catégorisation par pays de certaines caractéristiques professionnelles des kinésithérapeutes.	161
Tableau 11 : relevé des demandes d'Autorisations d'Exercice (AE), des AE autorisées, et évaluation du nombre de sortant des IFMK français via le quota 3 ans auparavant.	165
Tableau 12 : relevé des AE accordées (demandées pour le cas du Languedoc-Roussillon) dans différentes régions françaises frontalières ou non (nous soulignons en gras)	167
Tableau 13 : relevé des demandes d'AE en région Languedoc-Roussillon et leur évolution au cours du temps.	167
Tableau 14 : propositions mails d'une agence d'intérim spécialisée pour un kinésithérapeute du sud de la France.	287
Tableau 15 : catégorisation des thématiques des articles de la presse nationale concernant les kinésithérapeutes et le covid.	298

Tableau 16 : relevé thématique des articles dans la revue professionnelle « Kiné Actualité » pour 2019	303
Tableau 17 : décompte du nombre de kinésithérapeutes en exercice en France métropolitaine.	314
Tableau 18 : relevés des nombres de « professionnels » depuis 1999 selon la DREES (donnée manquante pour les kinésithérapeutes en 2018)	322
Tableau 19 : décompte du nombre de kinésithérapeutes dans l'école des cadres du CHU s'étant substituée à l'école M.	365
Tableau 20 : répertoire des kinésithérapeutes enseignants-chercheurs en France au moment de la création de la CNU 91 (2019)	401
Tableau 21 : kinésithérapeutes qualifiés en CNU 91	410
Tableau 22 : ensemble des qualifiés en CNU 92 (2020 et 2021). A une exception, l'ensemble des impétrants sont infirmiers et infirmières.	411
Tableau 23 : revue de littérature concernant « Recherche en soins infirmiers ».	414
Tableau 24 : lauréats du prix « Expert » de l'Ordre des kinésithérapeutes français (nous soulignons en gras).	417
Tableau 25 : recommandation HAS 2019 concernant la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolites	441
Tableau 26 : décompte des actes de kinésithérapie respiratoire effectués dans deux cabinets de rééducation pédiatrique.	448
Tableau 27 : relevé des périodes et statuts d'ouvertures des instituts avant 1980 (et existants toujours à ce jour).	470
Tableau 28 : quotas d'étudiants admis en kinésithérapie par an en France	482
Tableau 29 : relevé du nombre d'IMFK en France en 2020, ainsi que leur localisation, leur statut et leur période d'ouverture	484
Tableau 30 : décompte du nombre d'étudiants inscrits en kinésithérapie dans la totalité des hautes écoles belges, de 2004 à 2015	503
Tableau 31 : décompte des pourcentages d'abandons et d'échecs par année (et sur la totalité des années d'études) durant le cursus de kinésithérapeute dans les hautes écoles belges	505
Tableau 32 : présentation des structures enquêtées et de la répartition des 1359 questionnaires traités.	535
Tableau 33 : présentation des CSP relevées via le questionnaire de cette enquête et via les données DREES	537
Tableau 34 : Pourcentages de femmes parmi les étudiants des écoles investiguées.	539
Tableau 35 : CSP des pères des étudiants (quelle que soit la nationalité) par structures (colorées par pays) (***)	543
Tableau 36 : nationalités des étudiants par structures de formation regroupées***	545

Tableau 37 : CSP des pères selon les nationalités au sein des structures de formation regroupées (les nationalités « autres » ont été négligées) ***	546
Tableau 38 : pourcentages d'étudiants déclarant avoir pratiqué au moins trois activités culturelles parmi les cinq proposées au cours de l'année écoulée et pourcentages d'étudiants jouant d'un instrument de musique***	548
Tableau 39 : pourcentages d'étudiants français ayant étudié le latin ou le grec lors de leur cursus secondaire***	550
Tableau 40 : pourcentages de français ayant eu une mention bien ou très bien au baccalauréat, ainsi que le pourcentage de bachelier S par structure***	551
Tableau 41 : résultat de régression logistique concernant les variables explicatives d'études en France plutôt qu'en Espagne	554
Tableau 42 : indicateurs quant aux capitaux sociaux, culturels et scolaires des étudiants de deux IFMK contrastés dans leur légitimité	559
Tableau 43 : exemple d'horaires de dernière année de cursus de kinésithérapie dans une université privée espagnole. Ces enseignements sont optionnels, donc à choisir en fonction d'un nombre de crédit à valider (généralement deux matières dans cette liste, colorées pour une meilleure lecture).	580
Tableau 44 : exemple d'horaires de deuxième année de cursus de kinésithérapie dans une université privée espagnole	580
Tableau 45 : Emploi du temps de second semestre de 2^{ème} année d'IFMK « hospitalier » de province	581
Tableau 46 : emploi du temps de fin de deuxième année de kinésithérapie à l'UB en 2018-2019. En fonction des groupes, certaines plages horaires de TP sont libres (en bleu)	583
Tableau 47 : récapitulatif des heures d'enseignements dans différentes structures de formation à la kinésithérapie	585
Tableau 48 : pourcentages d'enseignements classés selon leur spécificité à la kinésithérapie et le mode d'enseignement (Hors stages). En rouge les majeurs de chaque cursus	588
Tableau 49 : réponses des enquêtés français dans deux universités privées catalanes quant à la maîtrise linguistique	599
Tableau 50 : récapitulatif des profils sociaux et des IFMK d'origine des étudiants	638
Tableau 51 : caractéristiques sociales des répondants membres du bureau national FNEK 2021-2022 (16 répondants sur 26 membres, questionnaire en annexe 4, administré par mail)	639
Tableau 52 : caractéristiques sociales des répondants membres du Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes (2021) 35 répondants sur 38 membres (questionnaire papier, annexe 5).	640