

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

MOTS CLES ▼

Histoire

Médecine

Rééducation

LA masso-kinésithérapie est portée par une longue histoire. Avant d'être la profession¹ que nous connaissons aujourd'hui, elle a d'abord été un art, puis un métier. Utilisée d'abord par les princes et les gladiateurs, elle l'est maintenant de tous.

L'histoire de la kinésithérapie est liée à l'histoire de la médecine. S'agit-il d'un lien de dépendance ou plus simplement d'une concomitance d'histoire sociale ? Toujours est-il que les évolutions de la profession médicale ont bien souvent anticipé les évolutions de la kinésithérapie. Nous allons tenter d'apporter des pistes de réponses à partir d'éclairages empruntés aux sciences humaines (sociologie, politique) et à l'Histoire.

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une approche liminaire du sujet, chacune de ces disciplines pourrait constituer,

à elle seule, le cadre d'un travail de recherche.

Les lointaines racines communes

Les temps antiques

Les grecs et les romains se faisaient déjà masser. Ces deux civilisations valorisaient également les "pratiques du corps" que nous nommerions aujourd'hui "pratique sportive" (fig. 1 et 2).

Les thermes présents dans la plupart des villes romaines comprenaient des salles destinées aux bains chauds, aux bains froids, aux massages et aux activités gymniques.

Ces orientations sont devenues, quelques siècles plus tard, les fondements de l'activité des premiers masseurs-kinésithérapeutes (massage, balnéothérapie, kinésithérapie-thérapie du et par le mouvement).

Les professions de santé traversent aujourd'hui une crise dont les racines sont multiples. Elles sont, à la fois liées aux impératifs économiques et à la crise de l'Etat-providence, à des phénomènes spécifiques au champ médical et à des phénomènes plus fondamentaux touchant la société dans son ensemble.

* Cadre kinésithérapeute. Ecole de kinésithérapie du CHU de Grenoble. Institut universitaire professionnalisé "Santé, kinésithérapie, sport", Université Joseph Fourier - Grenoble I (38).

Article extrait du mémoire de DESS "Politiques sociales", dirigé par G. Martin, Professeur des universités, Université Pierre Mendès-France, Grenoble II.

¹ Le sens du mot "profession" n'est pas utilisé ici au sens strict défini par E. Freidson (La profession médicale. Paris : Payot, 1984). Une profession se distingue d'un métier par un haut niveau de formation abstraite et spécialisé, une orientation de service envers la population, un monopole reconnu de son activité et une autonomie dans son exercice et son contrôle.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine



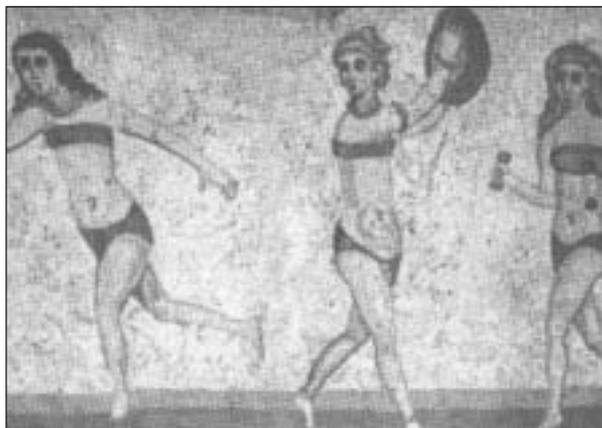
– Figure 1 –

Exercices de course.

Les activités sportives se pratiquaient le corps nu (en grec "gymnos" qui a donné le mot gymnastique)

A l'époque romaine, ces pratiques destinées à l'hygiène du corps n'étaient limitées qu'aux thermes et aux jeux du stade. Par contre, à cette époque, la médecine avait déjà un statut social. Elle est en effet apparue, du point de vue conceptuel en Occident, dès l'antiquité.

Les travaux d'Hippocrate (né à Cos vers 460 avant notre ère) ont permis d'établir la maladie comme un objet d'observation et de raisonnement. Il a notamment cherché à mettre en évidence les causes naturelles de celle-ci². Hippocrate s'est également attaché (dans ses nombreux traités) à décrire l'ensemble des symptômes pouvant fonder un pronostic de l'évolution de l'état du malade.



– Figure 2 –

Les thermes étaient un lieu où se pratiquait la toilette (bains chauds, bains froids) mais aussi le massage et des exercices gymniques (fresque de Pompéi)

² Ph. Adam, C. Herzlich, 1994 : p. 26.

- Tableau 1 -
Repères historiques
de la Grèce antique
à la Révolution
Française

Epoque	Vie politique intellectuelle et sociale	Evénement ou vie de personnalité médicale	France	Repères artistiques (architecture, peinture)
VII ^e et VI ^e siècles avant J.-C.	Epoque archaïque de la Grèce antique	776 avant J.-C. : premiers Jeux Olympiques	Colonie grecque de Massalia (Marseille)	Construction du temple d'Héra à Olympie et d'Apollon à Delphes
V ^e et IV ^e siècles avant J.-C.	Epoque classique de la Grèce antique	Développement de la médecine Hippocrate (460-377)	Installation des celtes sur les rives de la Seine (à partir de 475 avant J.-C.)	Travaux de l'Acropole d'Athènes
I ^e et II ^e siècles après J.-C.	Règne d'Octave dit "Auguste" (27 avant J.-C. à 14 après J.-C.)	Galien (131-201)	La France est intégralement incluse dans l'Empire romain	Construction des thermes de Cluny (Paris), de Constantin (Arles), du pont du Gard
XV ^e -XVI ^e siècles	Règne de Louis XI dit "Saint-Louis" Début des guerres d'Italie Règne de François 1 ^{er} (1515-1547)	Etude de l'anatomie Léonard de Vinci (1452-1519)	Influence de l'Humanisme dans l'Art (Rabelais) et la Science (Ambroise Paré)	Construction de la villa Médicis (Rome), des châteaux de la Loire (Chambord, Chenonceaux, etc.), ou d'Ile-de-France (Saint-Germain, Fontainebleau, Le Louvre, etc.) Vie de Raphaël (1483-1520) et de Michel-Ange (1475-1564)
XVII ^e -XVIII ^e siècles	Règnes de Louis XIV (1643-1715), de Louis XV (1715-1774) et de Louis XVI (1774-1792)	Création de la Société Royale de Médecine (1778)		Construction de l'Hôpital de la Salpêtrière (1656) Rembrandt : <i>La leçon d'anatomie du Professeur Tulp</i> (1632)

Il a enfin défini la "théorie des humeurs" qui a influencé la médecine jusqu'à la Renaissance³, et aussi sous-tendu l'usage du massage et de la gymnastique jusqu'à la chute de l'Empire romain. Le Moyen-Age voit une éclipse des activités culturelles, artistiques et des pratiques du corps (tableau 1).

L'éclipse du Moyen-Age

La création des universités (Montpellier en 1220 et Paris en 1253) ne permet pas de faire évoluer la situation de sclérose du savoir médical. Elles préservent les dogmes en vigueur. Ce piétinement du savoir s'explique par l'atmosphère régnant dans les universités médiévales et par l'emprise de l'Eglise à cette période⁴ et justifie vraisemblablement cet état de fait et la disparition de toutes les pratiques cor-

porelles dont le massage. Ainsi, l'entrée de la France dans le Moyen-Age voit la disparition de son usage. Le "sommeil" de la pratique des activités corporelles se prolongera bien au-delà du Moyen Age (i.e. quasiment jusqu'à la fin du XVIII^e siècle).

Pendant ce temps, la médecine amorce sa professionnalisation en développant des études universitaires et en "absorbant" d'autres métiers. Ainsi, les universités permettent au médecin d'acquiescer un statut par son appartenance à l'université. Mais sa présence reste rare en dehors des grandes villes et son rôle limité. *"Le médecin ne fait guère qu'annoncer l'imminence du trépas. D'ailleurs, il ne se livre à aucune intervention matérielle sur le corps : c'est le rôle des barbiers et des chirurgiens, de savoir et de rang inférieurs (ils ignorent le latin), et dont la clientèle est plus modeste. Imbus de leurs prérogatives et grou-*

³ "La maladie et la santé reposent sur l'équilibre entre la bile noire (atra bilis ou mélancolie), la bile jaune, le flegme (ou pituite) et le sang. Ces éléments s'intègrent dans un système de correspondances plus vastes liant les éléments cosmiques (le feu, l'air, l'eau et la terre), les saisons et la météorologie (le chaud, le froid, le sec, l'humide), les quatre points cardinaux." (Ph. Adam, C. Herzlich, 1994 : pp. 25-6).

⁴ Ph. Adam, C. Herzlich, 1994 : pp. 27-8.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

pés en corporations qui défendent leurs privilèges, les médecins mèneront contre eux une lutte acharnée : en France, les chirurgiens n'auront un statut satisfaisant qu'en 1743" (Adam et Herzlich, 1994)⁵.

C'est également à la fin de cette époque que remontent les premières notions de politiques publiques à l'égard de la santé. Les autorités édictent des mesures d'hygiène dans le but de lutter contre les épidémies. Ces réponses restent cependant longtemps ponctuelles (Pinell, 1998).

La situation en Orient à l'égard du massage est très différente. Massage et gymnastique continuaient à être pratiqués, comme depuis des millénaires, en Chine, en Inde et en Thaïlande.

Au Japon, pour des raisons particulières⁶, le massage, connu depuis des temps anciens devient le monopole des "aveugles". Mais au-delà de cette particularité régionale, le massage et les techniques manuelles restent dans nombre de pays d'Asie à la base de la "médecine".

Du renouveau médical à la renaissance du massage

L'impulsion de l'Etat va être déterminante dans l'évolution de la médecine française. La création, en 1778, de la Société Royale de Médecine, suivie de la réforme des études médicales et de la multiplication des hôpitaux, constitue une véritable première forme de politique de santé.

*"C'est seulement dans le courant du XVIII^e siècle que l'institutionnalisation de préoccupations permanentes pour la santé des populations devient une affaire d'Etat, en Allemagne d'abord, puis en France avec la création de la Société Royale de Médecine"*⁷. Ces événements dénotent un processus à deux niveaux. D'un côté, il faut y voir l'attention croissante portée à

la santé, au corps et à la médecine dans les milieux de cours monarchiques. De l'autre, elle illustre le développement d'une administration publique ayant en charge la collecte des impôts. Mais la faiblesse du pouvoir royal qui tente de maintenir un équilibre entre les principales forces socio-politiques limite la dimension des réformes. Pendant ce temps, le "massage" est en sommeil. Mais la transformation de la médecine va permettre une nouvelle base de la demande et de l'exercice du massage.

Jusqu'au XVIII^e siècle, la formation des médecins est assurée par un enseignement de 4 à 7 ans. Les connaissances et les thérapeutiques sont très limitées (saignées, herboristerie, eaux, petite chirurgie, etc.) et l'effet de ces dernières pour vaincre les maladies est très aléatoire. L'usage de la médecine est, de fait, limité aux classes sociales les plus aisées⁸. Le médecin de l'époque est chrétien avant d'être un professionnel⁹.

Aussi, il est à noter que *"pour être différents des nôtres leurs valeurs, leurs références, leurs systèmes de pensée ne choquent pas à l'époque ceux qu'ils soignent. [...] Pas plus qu'aucun de leurs contemporains, les médecins des XVII^e et XVIII^e siècles ne peuvent être jugés à l'aune de la fin du XX^e."* (Faure, 1994).

Ce n'est qu'à la fin de ce siècle que la médecine se singularise des guérisseurs et des charlatans. Ces modifications de relation entre médecins et société s'accompagnent également de progrès au niveau des connaissances. Ils acquièrent très rapidement un prestige social élevé renforcé par leur présence dans les principales cours européennes (notamment en France et en Allemagne). La création de la Société Royale de Médecine en 1778 contribue à ce phénomène et *"illustre l'alliance entre les autorités publiques et l'élite médicale, alliance qui renforce la professionnalisation de la santé avant même que la loi n'intervienne"*¹⁰.

⁵ Ph. Adam, C. Herzlich, 1994 : p. 28.

⁶ Vers la fin du IX^e siècle, la naissance d'un fils aveugle de l'Empereur Kokan Tenno apporta des conséquences inattendues pour l'activité de massage. En effet, *"voulant distraire son fils, l'Empereur fit appeler dans son palais huit cents aveugles. Dès lors, les faveurs du prince se répandirent sur tous les aveugles de l'Empire. [...] Aussi, le développement du massage par les aveugles fut encouragé par le Gouvernement et par une société d'assistance. On s'est avisé d'utiliser la finesse de leur toucher et leur discrétion forcée qui leur permettait de masser les femmes. La profession de masseur devint comme une sorte de monopole de fait de l'aveugle, au point que dans le pays, on dit communément un "amma", c'est-à-dire masseur pour désigner un aveugle."* (J. Monet, 1996 : p. 45).

⁷ P. Pinell, 1998 : pp. 38-9.

⁸ O. Faure, 1994 : pp. 20-30.

⁹ O. Faure, 1994 : p. 10.

¹⁰ O. Faure, 1998 : p. 57 citant J.-P. Goubert.

La véritable naissance du métier

De la révolution sociale à la révolution de la santé

La période révolutionnaire marque un tournant dans l'exercice médical (tableau 2). *“Les ordres religieux sont abolis et les biens de l'église confisqués, ce qui prive les hôpitaux de leurs ressources et moyens de fonctionnement.”* (Pinell et Steffen, 1994)¹¹. La critique, que les “révolutionnaires” portent sur les hôpitaux, est très virulente et contribue à stimuler le développement de la médecine de ville¹². En fait, la révolution de la société, entraînée par une révolution politique, occasionne elle-même une révolution de la médecine¹³.

Parallèlement, la suppression des facultés de médecine (gardiennes à leurs yeux des dogmes traditionnels), ainsi que de toute corporation ou association professionnelle précipite la médecine dans un grand vide. En faisant ainsi table rase du passé, la révolution contribue à définir des grands principes (secret professionnel, liberté thérapeutique, expérimentation scientifique et observations pratiques contre tout dogmatisme).

La chute de l'Ancien Régime va rendre possible un approfondissement des réformes de la médecine. La 1^{ère} République, puis le 1^{er} Empire, mettent en place les conditions de possibilité de transformation du savoir. *“Des chaires d'hygiène sont ouvertes dans les nouvelles écoles de médecine, Paris est doté d'un conseil de salubrité, d'autres villes suivent, l'idée étant de parvenir à la généralisation de ce type d'institution. Des bureaux d'hygiène sont mis (difficilement) en place pour reprendre la tâche des médecins de la Société Royale de Médecine supprimée lors de la révolution.”*¹⁴. Mais en même temps, cette révolution prive la profession d'instances de transmission du savoir et la place en situation périlleuse dans un marché dérégulé et abandonné à la concurrence “sauvage”.

1803	Réglementation des études de médecine et création de 6 écoles de médecine agréées
1832	Définition dans le droit civil de l'obligation de solidarité alimentaire entre ascendants et descendants
1847	Apparition du terme “kinésithérapie” dans le dictionnaire “Le Robert”
1848	Création des premières mutuelles
1853	Première loi d'assistance médicale gratuite
1865	Publication de l'ouvrage <i>“Introduction à l'étude de la médecine expérimentale”</i> par Claude Bernard
1883	L'école devient gratuite, laïque et obligatoire
1885	Mise au point du vaccin contre la rage par Louis Pasteur
1886	Campagne de gymnastique obligatoire dans les écoles primaires
1893	Loi sur l'assistance médicale gratuite
1897	Introduction en France de la gymnastique suédoise
1904-1905	Loi sur l'assistance aux enfants, aux vieillards et aux infirmes
1910	Loi sur les retraites ouvrières et paysannes
1914-1918	A l'issue du conflit, 3 millions et demi de jeunes gens étaient ou avaient été “blessés de guerre”
1919	Loi de gratuité des soins aux blessés de guerre et loi définissant la réparation des accidents du travail
1922	Création du diplôme “d'infirmier-masseur”
1928-1930	Loi sur les assurances sociales (maladie et vieillesse)
1932	Loi sur les allocations familiales
1940	Création du diplôme de “masseur médical” et du diplôme de “moniteur de gymnastique médical”
1945	Ordonnances mettant en place la protection sociale actuelle
1946	Création du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
1958	Loi sur l'assurance chômage et “Réforme Debré” mettant en place les centres hospitalo-universitaires (CHU)
1960	Convention fixant le niveau de rémunération des actes médicaux
1970	La Convention entérine l'existence d'un secteur de tarification médicale libre (secteur II)
1983	Loi de financement hospitalier (dit par “enveloppe globale”)
1995	“Loi Juppé” créant les enveloppes globales négociées pour chaque branche médicale et paramédicale et loi de financement des dépenses de santé
1999	Loi de couverture maladie universelle

– Tableau 2 –

Dates importantes pour la construction du système de santé, de la profession médicale et de la kinésithérapie de la Révolution Française à nos jours

¹¹ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 41.

¹² S. Ferrand-Nagel, 1993 : p. 47.

¹³ O. Faure, 1994 : p. 59.

¹⁴ P. Pinell, 1998 : p. 41.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

L'époque napoléonienne assure la restauration du rôle de l'Etat. En 1803, le Directoire vote une loi qui *"fait dépendre l'exercice de la médecine de l'acquisition de compétences garanties par l'Etat. Désormais, seuls sont habilités à pratiquer les "docteurs en médecine", diplômés d'une des six écoles de médecine dont la loi fixe les modalités de fonctionnement, et les "officiers de santé" titulaires d'un brevet professionnel institué par cette loi et délivré par un jury départemental."*¹⁵. Dans un même temps, les rapports entre docteurs et officiers de santé sont explicités, les trois filières possibles menant à l'officinat sont précisées.

La situation financière des médecins est difficile. Si la densité est proche de celle d'aujourd'hui (un médecin pour 1 750 habitants au milieu du XIX^e siècle), elle est perçue comme pléthorique en vertu des conditions sociales d'exercice et des moyens économiques que les populations ou la société allouent à la médecine. L'échelle des revenus est très large et accentuée par la partition entre docteurs et officiers de santé.

La médecine tend à la même époque à se développer dans trois directions : une médecine clinique (hospitalière), une médecine sociale (portée par le mouvement des hygiénistes), une médecine expérimentale (de laboratoire)¹⁶. Ces trois médecines se distinguent par leurs pratiques, leurs objectifs propres, les institutions où elles se développent et par les liens sociaux qu'elles entretiennent.

C'est sous l'effet d'un processus social que la médecine se spécialise, notamment au niveau de la thérapeutique¹⁷.

Pour notre pays, la réapparition du massage se fait plus tardivement qu'au Japon à l'époque du néo-classicisme. La redécouverte des valeurs artistiques et littéraires de l'époque classique s'accompagne d'une réintroduction de certains usages. Durant

cette période, à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, le massage et l'utilisation des thermes sont réhabilités. Le terme de masseur apparaît dans le dictionnaire en 1779¹⁸. Simultanément, le verbe "masser" est réintroduit dans le Robert et le Larousse.

La santé renaît au XIX^e siècle

LA MEDECINE DEVIENT UNE SCIENCE CLINIQUE

Le début du XIX^e siècle voit se produire un tournant décisif dans la médecine. Sous l'impulsion de "l'école de Paris" menée par Corvisart, Laennec, Bichat et Bretonneau, la médecine évolue très rapidement. Ceci est rendu possible par le rapprochement entre les médecins et les chirurgiens. La pratique d'autopsies systématiques permet de mieux comprendre les origines organiques des maladies.

Le développement de nouvelles techniques d'investigation (par exemple, la percussion ou l'auscultation) et l'observation "au lit du malade" apportent un renouvellement des connaissances de la profession.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la "médecine anatomo-clinique" est relayée par la "médecine expérimentale" mise en valeur par les travaux de Claude Bernard. L'évolution induite conduit à considérer la maladie (ou la lésion) comme la conséquence des altérations fonctionnelles dont on peut repérer clairement les mécanismes et les actions en chaîne. Par la suite, les travaux de Pasteur, en France, et de Koch, en Allemagne, vont faire émerger les causes infectieuses¹⁹.

Le développement de la "médecine clinique" s'appuie tout à la fois sur la croissance du secteur hospitalier public et sur le pouvoir qu'acquièrent les médecins hospitaliers dans l'appareil de formation²⁰. Le nombre de lits hospitaliers double et

¹⁵ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 42.

¹⁶ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : pp. 42-3.

¹⁷ O. Faure, 1994 : p. 95.

¹⁸ R. Remondière, 1996 : p. 161.

¹⁹ Ph. Adam, C. Herzlich, 1994 : p. 29.

²⁰ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 43.

l'hôpital se médicalise. Mais cet accroissement de capacités ne suit pas l'expansion urbaine (notamment du prolétariat) et l'augmentation du nombre d'utilisateurs potentiels.

La sélection des malades à l'entrée est chose courante, ce qui pousse l'Etat à intervenir et à imposer, par la loi, l'obligation d'admission des malades ne pouvant être soignés à domicile. Simultanément, *"l'hôpital devient le pôle dominant du champ médical par la place qu'il tient dans la formation des jeunes médecins et, en particulier, de l'élite professionnelle."* (Pinell et Stephen, 1994)²¹. Les concours hospitaliers hiérarchisent la profession, hiérarchisation qui s'impose à l'université.

Mais l'amélioration de l'état de santé de la population française au cours du XIX^e siècle (mesurable par l'augmentation de l'espérance de vie) est bien plus le fruit des actions menées par les hygiénistes que celui du progrès de la médecine clinique. Les écoles de santé gardent longtemps à l'écart les scientifiques. Leurs tâches d'enseignement se limitent à la transmission de connaissances élémentaires dans les matières (dites aujourd'hui) fondamentales.

RENOUVEAU DES TECHNIQUES DU CORPS

Le début du XIX^e siècle marque également la redécouverte des bienfaits du thermalisme. Le développement de ces pratiques continuera à s'accroître tout au long de ce siècle. Progressivement, de nombreuses pathologies seront amenées à être traitées dans les différentes stations thermales.

Les indications les plus variées, allant des pathologies cutanées, neurologiques ou rhumatismales, jusqu'aux pathologies les plus générales, seront proposées. *"L'action des eaux est encore régie par la théorie des humeurs et la vitalité des organes est*

*fonction des sels minéraux que contiennent ces eaux."*²². Les séjours aux eaux comprennent non seulement l'absorption d'eau, mais aussi l'immersion dans des bains et le massage. Le plus souvent réalisés par les médecins, ces massages associent des techniques de mobilisations douces ou forcées (manipulations).

Les hôpitaux proposent un service de bains. En 1862, l'Hôpital Saint-Louis de Paris utilise des douches de vapeurs ou médicinales. En 1864, l'hôpital de Bourg-en-Bresse possède 14 baignoires où l'on traite des pathologies cutanées, neurologiques et musculaires²³.

A la même époque, le Docteur Zander développe des centres de mécano-thérapie, véritables ancêtres des centres de réadaptation actuels²⁴.

En 1854, Napoléon Laisné s'installe à l'Hôpital des Enfants Malades à Paris. Ce professeur de gymnastique innove dans le traitement des jeunes filles choréiques, en proposant des exercices de gymnastique (d'inspiration militaire) et des massages. Les résultats sont encourageants, mais les critiques du corps médical sont nombreuses. Les médecins voient d'un mauvais œil cette intrusion d'un non-médecin à l'hôpital.

Dans les dictionnaires non médicaux, le terme de kinésithérapie est apparu au milieu du XIX^e siècle (1847 pour le Robert, 1867 pour le Larousse). Mais il faut attendre 1891 pour voir une revue médicale porter ce titre et 1895, pour voir une thèse utiliser ce terme. Ce n'est que beaucoup plus tard, au cours du XX^e siècle, que le mot kinésithérapie prendra sens dans la société.

A la même époque, plusieurs thèses de médecine sont soutenues sur le thème de la gymnastique et du massage. En 1863, celle de Jean-Dominique Estradère intitulée : "Du massage, son histoire, ses effets physiologiques et thérapeutiques" refuse

²¹ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 44.

²² R. Remondière, 1996 : p. 163.

²³ C. Petit, 2000 : p. 22.

²⁴ C. Petit, 2000 : p. 22.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

l'empirisme et redéfinit le massage. Il déplore qu'en province *"le massage est moins répandu faute de gens capables et que les médecins le prescrivent rarement, car j'oserais dire qu'ils ignorent ce moyen thérapeutique qui n'est cependant pas de création récente et que les rebouteux, dames blanches, souffleuses d'entorses mettent tous les jours en pratique."*²⁵.

La thèse de Gustave Chancerel intitulée "Histoire de la gymnastique" constitue l'unique document de synthèse de cette période. L'auteur prend position pour l'application d'une gymnastique proposée et mise en pratique par les médecins. La question posée est de savoir si les ouvrages et les discours des non-médecins sont ou seraient crédibles²⁶.

Ces débats préfigurent ceux qui se feront jour quelques années plus tard lors de la discussion pour la création des premières professions non médicales dans les hôpitaux.

COMMENT LA SANTE DEVIENT SOLVABLE ?

Les autres modifications en matière de politique de santé sont induites par la transformation de la société dans cette période pré-industrielle. La société traditionnelle assurait des fonctions de solidarité au sein de la famille. Ces solidarités s'exerçaient à l'égard des jeunes, des vieux et des malades.

Cette solidarité élémentaire a été formalisée par le droit civil de 1832, définissant la solidarité alimentaire entre ascendants et descendants. Cette solidarité familiale se voit malmenée par les transformations de la société au cours du XIX^e siècle. La société, à l'origine rurale, où pouvait s'établir une solidarité familiale territoriale, se transforme en société industrielle. Les familles se trouvent, de fait, éclatées.

Aussi, la mise en place de nouvelles solidarités devient indispensable pour compenser ce manque. Mais les conceptions libérales de la société vont retarder la constitution de celles-ci. Ainsi, en France, la loi Le Chapelier de 1791 interdit toute coalition et toute association de gens de même métier. Empêchant de fait, la constitution de mouvements ouvriers, elle favorisera la création de systèmes mutualistes d'assistance.

Mais ce n'est qu'après la révolution de 1848, sous le second Empire, que les mutuelles trouvent une place officielle dans la société française. Elles deviennent les premières institutions de protection sociale. Il est à noter qu'à cette époque apparaissent, dans d'autres pays, des solidarités fondées sur le travail et des solidarités fondées sur l'impôt.

L'apparition de grandes épidémies favorise au cours de ce XIX^e siècle le réveil des consciences. La société réalise la précarité et le risque que fait porter à la population tout entière, l'état de santé de sa population. Les lois d'urbanisme et d'assainissement qui sont promulguées, à cette occasion, constituent une brèche dans la pensée libérale du moment.

Parallèlement, la volonté de certains patrons, de conserver des ouvriers avec un savoir-faire élevé, détermine la mise en œuvre de politiques "sociales" à l'échelle de l'entreprise.

Plusieurs dispositions reflètent cette amorce de volonté sociale. Le Gouvernement de la III^e République issu d'un rééquilibrage des forces politiques en faveur de la bourgeoisie républicaine instaure *"une école laïque, gratuite et obligatoire, dont l'ambition explicite est d'articuler l'apprentissage des bases élémentaires de l'instruction à l'acquisition des bases de la morale dominante."*²⁷. La révolution "pasteurienne" trouve alors, de fait, moyen de se diffuser et de jouer un rôle décisif dans la démocratisation d'un certain "savoir-vivre".

²⁵ R. Remondière, 1996 : p. 162 citant J.-D. Estradère. Thèse de médecine n° 21. Paris, 1863 : 178 p.

²⁶ R. Remondière, 1996 : p. 162 citant G. Chancerel, *Histoire de la gymnastique*. Thèse de médecine n° 149. Paris, 1864 : 72 p.

²⁷ P. Pinell, 1998 : p. 44.

L'action de l'école de la république est prépondérante, à cette époque, dans l'évolution des idées et des mœurs. *“La guerre contre les microbes n'implique pas seulement des mesures collectives, elle passe aussi et surtout par des comportements individuels responsables. Ces comportements responsables mettent en jeu un contrôle du corps et des contacts physiques interpersonnels dont le modèle se trouve en grande partie correspondre au comportement “civilisé” régissant les mœurs des fractions supérieures et moyennes de la société.”*²⁸

Cette alliance entre pouvoir politique et médical trouve néanmoins quelques limites notamment en province où *“les tribunaux sont pleins de mansuétude pour les illégaux et où les préfets rivalisent de sollicitude pour protéger les religieuses soignantes et pharmaciennes”*. En fait, la médicalisation paraît se faire au XIX^e siècle, non pas au détriment des religieuses, des charlatans, des rebouteux et de l'automédication, mais en synergie. Il

s'ensuit une augmentation globale de l'ensemble des formes médicales et non médicales du soin.

L'exercice médical jusqu'au XVIII^e ou XIX^e siècle se partageait entre un exercice par appointements (pour des charges en “haut lieu” ou au service de collectivités-villes, armées, prisons, hospices, couvents, etc.)

et un exercice indépendant (avec un paiement par abonnement et plus rarement à l'acte). Issus de la révolution du milieu du XIX^e siècle, des projets de système national de santé voient le jour sous la forme de médecins cantonaux ou de médecins salariés par les pouvoirs publics, pour des fonctions telles que les soins aux indigents, la surveillance des nourrissons, la vaccination des enfants, le service des épidémies et l'hygiène publique.



Dès les années 1830, l'élaboration d'une organisation de secours mutuel, pour s'assurer un minimum de ressources en cas de maladies ou d'invalidité pour les médecins, va se faire de manière concomitante avec celle des critères distinguant l'activité médicale de celle des commerçants. Le secours mutuel prend la forme d'une fédération nationale en 1858. Dans ce contexte, la médecine libérale prend son essor durant les trois dernières décennies du XIX^e siècle.

Le syndicat professionnel prolonge l'action des caisses de secours et assure la défense économique des médecins et la médiation externe (fixation des tarifs) et interne (réglementation de la concurrence entre les médecins). *“La loi de 1892 consacre l'homogénéisation de la profession “mais” passe sous silence la rémunération des praticiens.”* (Pinell et Stephen, 1994)²⁹. Cette régulation du mar-

²⁸ P. Pinell, 1998 : p. 44.

²⁹ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 48.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

ché (règle interne et tarif minimum) est obtenue par l'Union des syndicats médicaux français (USMF) à l'orée du XX^e siècle.

Si la France est réputée très en retard sur l'Allemagne, il apparaît en fait que, dès 1880, les sociétés mutuelles couvraient un très grand nombre de personnes dans notre pays et facilitaient grandement l'exercice médical. Ainsi, si les conditions de vie de certains médecins les rapprochent de grands notables, il n'en va pas de même pour bon nombre de médecins de ville aux conditions de vie difficiles. Les premiers cumulent une activité de soins à l'hôpital (à faible rémunération) qui leur octroie une respectabilité morale, et une activité extérieure (à forte rémunération), auprès des riches citoyens, qui leur octroie une notabilité financière. Pour les autres médecins de ville, la difficulté est plus grande du fait du manque de solvabilité des classes moyennes et défavorisées de la population.

Simultanément, la création de caisses paternalistes et la transformation de l'hôpital en lieu de soins se réalisent. Avec l'arrivée de la III^e République, s'affirment, dans un même mouvement, l'idée de République et les concepts "solidaristes". Mais, ce n'est qu'en 1893 qu'est promulguée la loi sur l'assistance médicale gratuite. Cette loi définit l'obligation d'admission des malades ne pouvant être soignés à domicile. Elle a pour corollaire la définition d'un statut d'indigent (certifié par la mairie) et la prise en charge des frais hospitaliers par la commune de résidence.

LA CAMPAGNE DES HYGIENISTES, EXEMPLE DE L'ACTION POLITIQUE

Ce n'est qu'à partir de la III^e République, sous l'égide de Paul Bert, que la politique d'impulsion de la recherche médicale est mise en œuvre. Le poids politique des médecins, représentant 8 à 12 % de la

chambre des députés, est souvent évoqué comme déterminant dans les politiques de santé.

Pour O. Faure³⁰, l'hypothèse du lobby concerne essentiellement le groupe des hygiénistes pastoriens qui avaient pour chef de file Paul Bert. La médecine sociale revêt différents aspects au cours du XIX^e siècle. Une première approche colporte l'idée que *"le corps médical doit [...] prendre parti dans les conflits sociaux. Bénéficiant d'une position privilégiée dans le capitalisme naissant, il a le monopole dans l'action de transformation de la société."* (Ferrand-Nagel, 1993)³¹.

La deuxième approche est plus modérée *"visant à adapter la production libérale aux exigences sociales en matière de santé."*³². Dans cette dynamique, la première loi d'assistance médicale gratuite est votée le 15 juillet 1853³³. Elle contribue, à la fin du siècle, à rendre accessibles les soins aux classes économiquement faibles, à faire respecter la législation sociale relative au travail et, enfin, à renforcer l'hygiène individuelle et l'hygiène publique.

L'année 1886 marque la campagne des hygiénistes. Insufflée par l'Académie de Médecine et motivée par la défaite de Sedan, une campagne de gymnastique obligatoire à l'usage des écoles primaires est lancée. Basée sur des exercices militaires, cette gymnastique vise à prévenir le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, et à améliorer les capacités physiques des jeunes français.

Les travaux du docteur Lagrange, en 1888, renforcent cette évolution vers les pratiques gymniques. S'il dresse un réquisitoire contre la gymnastique militaire, il propose la réalisation de jeux pour activer les grandes fonctions vitales sans fatiguer les enfants. *"Les jeux constituent en réalité la méthode d'exercices la mieux appropriée à l'hygiène du jeune âge et ne sont passibles d'aucun des reproches que méritent la gymnastique aux appareils et les exercices*

³⁰ O. Faure, 1994 : p. 184.

³¹ S. Ferrand-Nagel, 1993 : p. 60.

³² S. Ferrand-Nagel, 1993 : p. 61.

³³ O. Faure, 1994 : p. 188.

de plancher.”³⁴. Cette méthode fera l’objet, par la suite, d’un manuel d’exercices gymniques et de jeux scolaires.

Le docteur Ph. Tissié a découvert et introduit en France, à partir de 1897, la gymnastique suédoise. Le développement de cette technique, qui utilise à la fois des exercices dynamiques et statiques et des massages, se fait en marge du thermalisme. Dès le début du XX^e siècle, elle est adoptée par le célèbre “bataillon de Joinville”.

Du métier de masseur à la préprofession de kinésithérapeute : le tournant de la première guerre mondiale

La première guerre mondiale met en évidence, quelques années plus tard, les insuffisances de la politique sanitaire. L’influence des hygiénistes, constante auprès des gouvernements de l’entre-deux guerres, n’apporte pas les répercussions espérées.

L’absence d’un service social bien organisé et l’hostilité déclarée des syndicats libéraux figurent parmi les causes.

Des politiques de santé contre le cancer

Si les fléaux tels la tuberculose, la syphilis ou l’alcoolisme, ne concernent qu’une partie de la société et n’ont guère d’impact sur l’hôpital, la lutte contre le cancer prend une place “originale”. Le cancer touche toutes les classes sociales et échappe aux mesures prophylactiques. Seules les actions thérapeutiques à haute technicité (chirurgie, radiothérapie) ont alors un impact sur cette pathologie.

La médecine de pointe constitue une autre voie de développement de la discipline. La thérapeutique anticancéreuse, par son coût élevé et sa haute technicité, “ne peut pas être introduite dans les cliniques privées.”³⁵.

En 1922, sont mis en place des centres anticancéreux publics. Le développement d’une médecine scientifique du cancer s’accompagne d’un mode d’organisation des activités médicales fondé sur une division de plus en plus poussée du travail, à travers lequel s’opère un renversement de la hiérarchie des compétences (suprématie des compétences spécialisées sur les compétences générales).

Pendant cette même période de l’entre-deux-guerres, sont mises en place des politiques de lutte contre des grandes maladies fléaux. Elles sont l’occasion de développer un travail pédagogique à l’égard des populations adultes (en particulier les tuberculeux). La lutte contre le cancer (qui ne s’appuie pas sur des mesures prophylactiques, mais sur la thérapeutique) va offrir l’occasion d’une nouvelle formulation de la politique de santé.

Si jusque-là, les mesures pour faire face aux épidémies avaient une dimension coercitive et de maîtrise du corps, le succès du traitement des cancers reposait (et repose encore) sur la capacité des individus à faciliter un diagnostic le plus précoce possible. Ne sont alors curables, que les cancers encore localisés et donc dépistés dès leur début.

L’éducation du public prend une dimension de diffusion d’un savoir et d’un savoir-faire médical (par exemple, pour les femmes, l’autopalpation des seins). En effet, “il faut éduquer le public pour qu’il s’inquiète de manifestations qui ne lui paraissent pas alarmantes. D’où la nécessité d’orchestrer la dramatisation de la symptomatologie banale, tout en éduquant le public à reconnaître les signes médicalement pertinents.”³⁶

³⁴ G. Andrieu, p. 45 citant F. Lagrange, La gymnastique des écoles primaires. In : *Travaux de la Commission de gymnastique*. Paris : Imp. Nationale, 1889 : p. 136.

³⁵ P. Pinell, M. Stephen, 1994 : p. 52.

³⁶ P. Pinell, 1998 : p. 45.



Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

Ce type d'autodiagnostic a montré ses limites, compte tenu de la difficulté à obtenir une distanciation suffisante pour tout individu face à des symptômes. Aussi, il n'est pas étonnant que ces actions d'éducation se soient traduites par des épidémies de "cancérophobie".

La lutte contre le cancer marque également un tournant dans l'importance des investissements financiers. Les chimiothérapies et les radiothérapies coûtent cher.

Le traitement des blessés de la guerre 14-18

La guerre de 1914-1918 a occasionné de nombreux blessés et mutilés. La rééducation professionnelle de ces derniers a créé une demande inconnue jusqu'alors. Aussi, pour mieux accompagner ces soldats dans leur réhabilitation et pour les ramener plus rapidement sur le front, l'organisation de la rééducation professionnelle a été l'œuvre de l'Office national des mutilés de guerre³⁷.

Les médecins et les masseurs se sont rapidement retrouvés en nombre insuffisant pour assurer toutes les tâches nécessaires à la réhabilitation. Il a donc été décidé de former rapidement soit des masseurs dans le civil, soit des professeurs, soit des soldats sans qualification, pour assumer ces tâches particulières. La demande fut si conséquente que malgré ces nouveaux formés, il a été nécessaire de modifier l'activité et d'introduire une mécano-thérapie permettant de faire travailler plusieurs blessés à la fois.

La mécano-thérapie, dont les principes avaient été édictés par Zander à la fin du XIX^e siècle, connaît son heure de gloire au cours de la première guerre mondiale. *"Remise au goût du jour, elle permet de traiter de nombreux malades sans avoir recours au personnel technique qui fait cruellement défaut. Seul*

*le médecin peut prescrire et surveiller cette mécano-thérapie."*³⁸

La délégation de pouvoir existe en pratique. Mais elle ne se fait qu'à condition que les masseurs soient encadrés et contrôlés.

De plus, même si les masseurs ont fait preuve de leur efficacité pendant la première guerre mondiale, les griefs restent encore bien vivaces après cette dernière.

Le rôle du médecin demeure, de fait, important pendant toute la première période de la kinésithérapie. La création des premières écoles de formation se fait en 1889, sous l'impulsion de médecins. Les premières écoles sont toutes privées, et elles délivrent jusqu'en 1922 des diplômes aux appellations diverses et aux niveaux mal définis.

Ainsi, plusieurs diplômes créés par l'Ecole française d'orthopédie et de massage (EFOM) portent des intitulés variés : massage médical et gymnastique médicale, massage facial et esthétique, hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie et luminothérapie, bandagiste-orthopédiste, etc.

Si la première guerre avait marqué le triomphe de la méthode naturelle et de l'éducation physique, les suites immédiates de la guerre ont vu le corps médical reprendre en main les domaines qui lui avaient échappé. Le corps médical va porter une offensive pour contrôler ces domaines de l'éducation physique.

Cependant, la première guerre mondiale a fait connaître à une large population (compte tenu du nombre de blessés et de mutilés) les bienfaits du massage et de la gymnastique. Par voie de conséquence, une augmentation de la demande est perceptible durant l'entre-deux guerres notamment au sein des institutions hospitalières. Ceci conduit le législateur à mieux définir la profession et à créer en 1922 un diplôme d'infirmier-masseur (cf. infra).

³⁷ F. Momot, 1996 : p. 152.

³⁸ A. Ferrand, 1996 : p.57.

Le travail entrepris par l'association Valentin Haüy contribue à faire connaître et reconnaître, par la population, l'intérêt du massage par des masseurs aveugles. Cette association assure la publicité nécessaire pour faire valoir la qualité professionnelle des masseurs aveugles. Pour cela, des masseurs sont envoyés dans les villes d'eaux. Pour les masseurs voyants, l'effort de reconnaissance sociale n'est pas aussi marqué. Néanmoins, la demande sociale stimule, pour les deux catégories, la création d'écoles.

Parallèlement, les gymnastes médicaux voient, avec l'aide du Docteur Balland et du Professeur Ombredanne, leurs activités se développer. Leur notoriété et leurs compétences s'accroissent tout particulièrement dans certains domaines tel le traitement des adolescents scoliotiques³⁹.

Evolutions sociales de l'entre-deux-guerres et rémunération des médecins

La loi du 31 mars 1919 assure la gratuité des soins aux blessés de guerre. Les dépenses sont prises en charge par le ministère des anciens combattants.

Quelques semaines plus tard (le 9 avril), une seconde loi est votée définissant la réparation des accidents du travail⁴⁰.

Ces deux textes réglementaires ont rendu solvable une part de la demande de soins. Rappelons qu'à

une époque, trois millions et demi de jeunes gens étaient ou avaient été "blessés de guerre".

Le retour de la Lorraine et de l'Alsace dans le giron de la France, après la guerre de 1918, pose la question de la généralisation du système Bismarckien à l'ensemble de notre pays.

Durant l'entre-deux-guerres, les discussions d'extension de la protection santé achoppent sur les dogmes de la médecine libérale.

La Charte du corps médical de 1928 réaffirme, en postulat de départ, la nécessité absolue de l'entente préalable (directe entre médecin et patient) et son refus du tarif opposable.



L'Union des syndicats médicaux français (USMF) participe à la réalisation du projet de loi sur les assurances sociales, impose le libre choix du médecin pour les assurés et un paiement à l'acte. En contrepartie, elle accepte les tarifs conventionnels et le tiers-payant. L'issue sera différente, une virulente opposition conservatrice appuyée par le monde rural mit un terme à ce projet. La nouvelle loi votée en 1930 entérine "l'entente directe".

Si l'extension progressive de la sécurité sociale met en évidence l'impossibilité de maintenir un système purement libéral, les négociations avec le corps médical aboutissent à chaque fois pour maintenir l'apparence.

³⁹ J. Monet, 1996b : p. 173.

⁴⁰ C. Petit, 2000 : p. 23.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

Culturellement, pour les médecins, la rémunération est une affaire "privée" ne concernant que le praticien et son patient. Il existe un véritable dogme médical définissant "*qu'aucune intervention extérieure ne doit troubler le rapport entre médecin et malade*".

Et ce n'est qu'en 1958 et 1960, que ce point clé sera partiellement remis en cause par des textes législatifs fixant les conditions d'une politique conventionnelle (et dans le même temps, les conditions de renouvellement de l'hôpital public). En effet, la parenthèse de la seconde guerre et du régime de Pétain avait vu, au contraire, ce pouvoir corporatiste renforcé.

Les ordonnances de 1945, dont l'objectif originel était d'établir une protection sociale de type Beveridge, seront en fait transformées. La pression des médecins et des mutuelles va conduire à opter pour un système mixte. La multiplication des régimes spéciaux en sera la conséquence.

Création et développement de la profession de masseur-kinésithérapeute

La quatrième République

Les effets de la seconde guerre mondiale ne furent pas aussi importants que ceux de la première pour les futurs "kinésithérapeutes". La création sous le régime de Pétain de deux diplômes, l'un de moniteur de gymnastique médicale, l'autre de masseur médical, n'eut pas les conséquences attendues.

Si les deux professions voient leurs statuts d'auxiliaires médicaux stipulés, l'absence d'autonomie, de responsabilité et d'autorité est net. De plus, le diplôme de moniteur de gymnastique médicale ne répond ni aux réalités professionnelles ni aux exigences sociales. Aussi, les professionnels de la gymnastique et les masseurs proposent par l'intermédiaire de leurs syndicats de fusionner.

Encore aujourd'hui, cette parenté avec les gymnastes médicaux est revendiquée par les kinésithérapeutes. Elle justifie l'investissement de la profession dans les champs non thérapeutiques de la santé.

Le nouveau diplôme, créé en 1946, répond à cette attente. Mais il prive l'Education Nationale de son contrôle sur la formation des gymnastes médicaux. Ceux-ci doivent rentrer dans le rang et passer "sous la coupe" des médecins. Grâce à ce nouveau diplôme, le corps médical va obtenir la mainmise sur la formation et rétablir la hiérarchisation dans la division du travail.

De nouvelles écoles de masseurs-kinésithérapeutes sont habilitées (de 1946 à 1951) par le Conseil supérieur de la kinésithérapie. Ce Conseil supérieur est composé de trois groupes sociaux : les professionnels masseurs-kinésithérapeutes, les médecins spécialistes en massage ou gymnastique médicale et les représentants de l'administration.

Le corps médical, qui compte certains de ses membres dans les rangs de l'administration, contrôle de fait ce Conseil supérieur. Aussi, il n'est pas étonnant de constater que le nouveau texte de 1946 inscrit la prescription médicale qualitative et quantitative, comme préambule indispensable à la pratique de l'acte masso-kinésithérapique.

Le champ d'activité de ces "premiers" masseurs-kinésithérapeutes est encore limité. Ils exercent dans les domaines de la traumatologie, de la rhumatologie et de la neurologie.

La cinquième République

En 1958, les lois Debré définissent la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) et la mise en place d'une convention. L'éclatement médical induit par ces lois va favoriser l'émergence de conditions structurelles propices à la modification des rapports entre Etat et corps médical.

La création des CHU a pour conséquence l'apparition d'une nouvelle élite professionnelle et d'un référentiel modernisateur. Elle amène une nouvelle clientèle à l'hôpital public et un renouvellement des groupes sociaux.

Le décentrage occasionné par le changement de scrutin électoral permet d'esquiver les débats politiques traditionnels. Il diminue l'influence des médecins notables locaux dans la décision politique. Ces derniers, le plus souvent politiquement "à droite", appartiennent désormais à des coalitions plus

vastes et plus structurées. La possibilité d'exercer, pour un groupe professionnel, des pressions, s'en trouve limitée.

Le secteur hospitalier est à cette même époque à l'aube d'une réforme qui marque encore aujourd'hui le paysage médical (au sens large). Les centres anticancéreux sont, sous l'aspect médical, un cheval de Troie de l'hospitalisation publique. Dès 1945, après une modification de leurs statuts, le temps plein médical y est imposé. La réforme Debré, quelques années plus tard, a pour pierre d'achoppement la création de centres hospitalo-universitaires, la mise en place de temps pleins hospitaliers.

Jusqu'à cette date, les praticiens exerçaient à temps partiel à l'hôpital et le reste du temps en libéral. La nouvelle formule permet d'assigner aux médecins une triple fonction de clinique, d'enseignement et de recherche, tout en favorisant l'articulation entre ces trois activités au sein de la nouvelle structure. Ceci met fin au règne de la clinique générale au profit de la "clinique spécialisée". C'est aussi l'émergence d'un nouveau groupe dominant ("les grands patrons") tirant son pouvoir de la gestion d'ensembles médico-scientifiques associant service de soins spécialisés, chaire d'enseignement et unité de recherche.

Pendant ce temps, la kinésithérapie, même si elle connaîtra un développement hospitalier, reste une profession libérale. Elle demeure fondamentalement individualiste.

Par la dynamique hospitalière, la profession de masseur-kinésithérapeute a bénéficié d'une reconnaissance de son activité dans de nombreux nouveaux domaines. Aujourd'hui, le masseur-kinésithérapeute intervient aussi bien en pneumologie, en pédiatrie, en endocrinologie, dans les services de traitement des grands brûlés, en gynécologie, en maternité, etc.

De la même manière, l'accroissement de la "boîte à outils" était tout aussi important. L'arsenal technique qui était, à l'origine limité, a véritablement "explosé". Le grand public consulte tout aussi bien un kinésithérapeute pour bénéficier d'un drainage lymphatique, que pour réduire un dérangement intervertébral.

Cette reconnaissance de leurs techniques a permis aux kinésithérapeutes de conquérir une certaine autonomie dans l'enseignement de leur profession.

En 1968, le diplôme de moniteur cadre en masso-kinésithérapie est créé. Il permet de concrétiser cette nouvelle autonomie de la profession dans la formation de ses pairs.

D'autre part, ces nouveaux cadres apportent au service hospitalier en plein développement le personnel d'encadrement technique et de gestion.

Les études sont portées, en 1969, de deux à trois ans. Les contenus de formation sont revus à la hausse. De nouvelles matières sont enseignées, c'est le cas des techniques kinésithérapiques appliquées au traitement des conséquences des différentes pathologies. Depuis, les kinésithérapeutes n'ont pas bénéficié de nouvelles avancées. Aussi, ils s'opposent toujours aujourd'hui aux médecins pour acquérir plus d'autonomie dans la prise en charge du patient.

Contrairement à ces derniers, la formation des professionnels a lieu en écoles durant une formation courte (3 ou 4 ans). De la même manière, le développement des connaissances par la recherche est inaccessible à la profession, même en milieu hospitalier.

Cet aspect est dévolu en France aux seuls médecins. De ce fait, le corpus de connaissances des kinésithérapeutes s'est constitué sur les "délaissés" de la médecine. Les aspects techniques et manuels qui n'intéressaient que très peu d'entre eux ont été investis par les kinésithérapeutes. La profession a été placée dans un rôle subalterne, "interdite" de recherche, travaillant manuellement sur le corps dans une société valorisant la technologie et ne pouvant travailler que sur prescription médicale qualitative et quantitative.

Le manque de connaissances propres et de champ propre reconnu ne crée pas une structure identitaire très forte. Les kinésithérapeutes expriment leur exercice en regard des disciplines médicales (la neurologie, la traumatologie, la rhumatologie font partie des sciences médicales), des pathologies ou des traitements chirurgicaux (amputés, blessés médullaires, fixateurs externes).

Cette particularité française pourrait s'expliquer par l'historique de la profession, toujours très dépendante du corps médical. Dans les pays anglo-saxons, les physiothérapeutes (équivalents des kinésithérapeutes) se définissent plus volontiers par rapport à des domaines d'exercices propres de la profession (physiothérapie musculo-squelettique, neuromusculaire, etc.).

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

Si le corps médical comptait bien en rester là et laisser aux "kinés" l'exécution de ses prescriptions, le corps social des kinésithérapeutes réclame depuis toujours plus d'autonomie dans ses actes (autonomie de choix des techniques, autonomie d'élaboration des actes, autonomie de réalisation et autonomie d'évaluation). La conquête de la moindre parcelle d'autonomie devient de ce fait un motif de satisfaction et un moyen de décrire de manière valorisante leur activité.

Sous un aspect économique, l'augmentation de la solvabilité de la population vis-à-vis des actes médicaux et kinésithérapiques est permise par la mise en place d'une convention entre les représentants des professions et l'assurance maladie. Au niveau médical, ce décret de convention de 1960 instaurant un prix des actes, est rendu possible par la scission au sein de la profession entre les "pro" et les "anti" conventionnels. Les deux principaux syndicats se disputaient à ce sujet.

En 1970, la convention est (enfin) signée mais entérine, pour les spécialistes, l'existence d'un secteur II (à tarification libre). L'effort porte de ce fait sur "la base". De plus, le système va s'avérer fortement inflationniste. Pour les kinésithérapeutes, la détermination du prix des actes et la définition d'une nomenclature s'accompagnent de la définition d'un taux de remboursement de 75 %. L'accès aux actes de kinésithérapie est ainsi facilité.

Jusqu'en 1983, la politique de santé est marquée par un fort hospitalo-centrisme. Le changement de référentiel général qui se dessine au début des années 1980 aura des conséquences sur les politiques de santé. Le référentiel modernisateur est remplacé par un référentiel de désinflation compétitive.

Ce changement contextuel induit la construction d'une expertise en économie de la santé. En conséquence, les efforts de contrôle des dépenses, qui avaient jusque-là porté exclusivement sur la demande (en "déremboursant" les soins, par exem-

ple ceux de kinésithérapie pris en charge à 65 % au lieu de 75 % à partir de 1977), intègrent, à partir de cette date, une action sur l'offre de soins.

La santé, à cause de ces implications sociales et économiques, n'est plus considérée comme de la seule responsabilité des partenaires sociaux. Les politiques publiques vont connaître, de ce fait, un nouvel intérêt.

La période actuelle

L'année 1983 est marquée par la loi sur le financement des hôpitaux. La notion d'enveloppe globale de fonctionnement (inconnue jusque-là) fait son apparition. La mise en place de procédures d'évaluation et de détermination des calculs de coût est faite dans un même temps.

L'actualité du monde hospitalier est encore marquée aujourd'hui par ces décisions. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est, à ce jour, très avancé. L'évaluation des actes concerne désormais la plupart des professions qui interagissent auprès du patient. L'État, dont les caractéristiques historiques le permettaient, s'est doté alors d'un fort pouvoir de contrôle des dépenses.

Les régulations des systèmes de santé sont différentes selon les pays et notamment, selon les régimes politiques et le type d'État. *"La France est une république dotée d'un régime politique au sein duquel l'exécutif a une place prédominante et qui a une tradition forte d'administration publique fonctionnant sur un mode hiérarchique centralisé."*⁴¹. Les réformes de décentralisation de 1982 ont mis à l'écart le domaine de la santé.

Il existe dans notre pays une administration centrale et nationale des affaires sociales et de la santé. Des services déconcentrés relayent les décisions centrales (Directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales, Agence régionale

⁴¹ G. de Pourvoirville, 1994 : p. 114.

d'hospitalisation). Ces administrations contrôlent les budgets hospitaliers publics, la conformité des structures aux règlements sanitaires, l'opportunité de développement d'activités nouvelles, etc. Elles ont également une mission de santé publique et assurent la tutelle des organismes d'assurance maladie.

Deux autres administrations participent à la tutelle du système de soins : le ministère des Finances et le ministère de l'Éducation nationale. De plus, l'État joue un rôle économique important dans le secteur de la production de biens et de produits médicaux. Par là même, l'État est capable de contrôler les dépenses de santé et de définir une politique industrielle nationale dans le domaine de la santé, notamment par l'admission d'un produit à remboursement et par la fixation de son prix⁴².

Le plan Juppé marque (en 1995) un second tournant dans les politiques de santé. Il fait suite à l'introduction du budget global dans les hôpitaux publics en 1983. La loi comporte des aspects contraignants mais aussi incitatifs. Les enveloppes budgétaires négociées pour chaque branche médicale et pour chaque profession paramédicale sont introduites. Parallèlement, la recherche de la qualité est encouragée. Pour cela, des références opposables, élaborées par les professionnels eux-mêmes, sont réalisées avec un objectif consensuel. L'évaluation des actes et des coûts est imposée. La mise en place d'un système de formation continue est faite et son utilisation favorisée. L'objectif est de faciliter, pour les praticiens, la réactualisation des savoirs.

Les politiques de santé intègrent aujourd'hui les contraintes économiques. Les professionnels médicaux et paramédicaux apprennent (progressivement et avec quelques difficultés) les règles d'une bonne gestion.

Les dernières décisions politiques ne permettent pas de savoir dans quel sens va pencher le balancier. Si le corps médical semble affaibli par l'introduction (voire l'intrusion) de l'économie dans ses

pratiques, il préserve un savoir technique et un droit au savoir, très importants. L'organisation des CHU, définie par la loi Debré, préserve le corps médical de la concurrence d'autres professions dans le monde hospitalier, mais aussi dans l'accès aux savoirs.

Il n'existe pour le kinésithérapeute (mais aussi pour toutes les autres professions de santé) aucun équivalent à ces services hospitalo-universitaires (i.e. associant pratique clinique, recherche et enseignement universitaire). Les kinésithérapeutes sont, par là même, obligatoirement dépendants pour toute élaboration scientifique de savoirs. Comment pourraient-ils alors bénéficier de plus d'autonomie dans l'enseignement et dans la pratique sans ce préalable ?

Au niveau social, la place du corps médical, mais aussi des autres professions de santé, est quelque peu modifiée depuis ces dernières années. Les grèves à répétition au cours des dernières années ont mis au grand jour les difficultés auxquelles sont actuellement confrontés les professionnels de santé. *"Dans le même temps, la multiplication des scandales, d'affaires et d'erreurs, aux conséquences souvent dramatiques et aux implications abondamment discutées dans la presse, a ébranlé les préjugés dont bénéficient, dans l'opinion publique, les médecins et plus généralement les soignants."* (Aïach et coll., 1994)⁴³.

Les professions de santé traversent aujourd'hui une crise dont les racines sont multiples. Elles sont, à la fois liées aux impératifs économiques et à la crise de l'État-providence, à des phénomènes spécifiques au champ médical et à des phénomènes plus fondamentaux touchant la société dans son ensemble⁴⁴. Le recours à la grève est emblématique du bouleversement social dont est l'objet le monde médical.

Il y a seulement une vingtaine d'années, *"le système de valeurs des métiers de soignant valorisait la dimension humanitaire de la médecine et la relation individuelle avec le patient au détriment de tout engagement politique ou de toute action collective. La*

⁴² G. de Pourvoirville, 1994 : p. 115.

⁴³ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994 : p. 9.

⁴⁴ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994 : p. 11.

Histoires sous le signe du lien : kinésithérapie et médecine

suspension de l'activité de soins dans le cadre d'une grève était aussi déplacée que l'invocation d'arguments financiers lorsqu'il était question de santé, puisque la médecine se devait d'être toute de dévouement et de désintéressement." (Ibid.)⁴⁵.

Le malaise des professionnels repose sur trois points : la baisse du niveau de vie, la sensation de dégradation des conditions de travail et la perte d'autonomie. Ce dernier point concerne l'ensemble des professionnels de santé. Chaque profession essaie de dégager un domaine de compétence qui lui serait spécifique⁴⁶.

La médecine a monopolisé la dimension scientifique de l'action thérapeutique et a laissé de côté les dimensions affectives et sociales. Les différentes étapes de l'établissement de la médecine ont été : "conquête d'un territoire propre, production et monopolisation d'un savoir ésotérique, contrôle de l'autonomie professionnelle, indépendance et monopoles garantis par l'Etat. Cette logique professionnelle entraîne, de fait, une exclusion des "profanes" (Saliba, 1994)⁴⁷. En outre, les autres professions de santé se sont retrouvées rejetées de ce champ et ont, par voie de conséquence, investi les deux autres. Mais le discours médical prégnant, dissociant la maladie de la personne du malade, rejetant les références profanes de la collectivité, a placé les professions paramédicales dans une position dévalorisée.

La division du travail, la séparation entre les actes d'exécution techniques et les actes nécessitant une prise de décision ont créé un modèle d'organisation rationnel fortement hiérarchisé de la société. Il est également à noter que l'approche par l'expertise sur la maladie et

l'hyperspécialisation de la médecine induisent une focalisation du savoir sur la maladie et non sur le malade. "La vérité de la maladie devient une vérité sur la maladie, obtenue grâce à l'état d'avancement du savoir scientifique et à la démarche d'investigation, rationnelle et méthodique. Tel est du moins le paradigme auquel est censé se référer la médecine." (Aïach et coll., 1994)⁴⁸. Aussi, cette situation explique la lenteur avec laquelle ces professions réussissent à définir un savoir propre souvent ancré sur les dimensions affectives et sociales, faute de pouvoir revendiquer pleinement un droit au savoir scientifique.

La prise en compte, dans l'activité des kinésithérapeutes et des thérapeutes manuels, des connaissances issues de la tradition populaire (guérisseurs, rebouteux, magnétiseurs) en est un exemple. Des collaborations médecins-kinésithérapeutes ou médecins-thérapeutes manuels sont surtout favorisées par des médecins hétérodoxes (homéopathes, acupuncteurs, etc.) moins enfermés dans le paradigme scientifique.

Face à cette situation, la profession de masseur-kinésithérapeute subit un profond malaise. Soumise à des contraintes budgétaires qu'elle ne maîtrise (voire ne comprend) pas et à la difficulté dans le contexte français à promouvoir une politique autonome de recherche réclamée par les pouvoirs publics, elle oscille entre la colère et la déprime. Son tempérament individualiste (peu enclin aux grandes mobilisations collectives) et son poids politique faible rendent la négociation de ce virage délicat. ■

Indexation Internet :
Histoire – Médecin – Rééducation

⁴⁵ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994 : p. 14.

⁴⁶ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994 : p. 19.

⁴⁷ J. Saliba, 1994 : p. 51.

⁴⁸ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994 : p. 37.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM Ph., HERZLICH C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Coll. Sociologie 128. Paris : Ed. Nathan, 1994 : 128 p.

AÏACH P., FASSIN D., SALIBA J. Crise, pouvoir et légitimité. In : Aïach P., Fassin D. *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Coll. Sociologiques. Paris : Ed. Economica, 1994 : pp. 9-42.

ANDRIEU G. Une gymnastique sous ordonnance : de la campagne des hygiénistes (1886-1888) à la gymnastique correctrice (IV^e République). *Ann. Kinésithér.* 1996;23;4: 144-51.

FAURE O. (1998) : La médicalisation vue par les historiens. In : Aïach P., Delanoë D. *L'ère de la médicalisation*. Coll. Sociologiques. Paris : Ed. Economica, 1998 : pp. 53-68.

FAURE O. *Histoire sociale de la médecine (XVII^e-XX^e siècles)*. Coll. Historiques. Paris : Ed. Antropos-Economica, 1994 : 272 p.

FERRAND A. Un aspect de la kinésithérapie aux XIX^e et XX^e siècles. *Kinésithér. Scient.* 1996;35;5:54-7.

FERRAND-NAGEL S. Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. *Revue Française des Affaires Sociales* 1993;2:43-79.

MONET J. L'émergence de la formation du personnel soignant : assistance et auxiliaires. *Kinésithér. Scient.* 1996a;35;5:43-53.

MONET J. Esquisse d'une histoire de la formation : les premiers conflits 1943-1949. *Ann. Kinésithér.* 1996b;23;4:173-84.

MOMOT F. Guerre et rééducation : 1914-1918. *Ann. Kinésithér.* 1996;23;4:152-9.

PETIT C. L'historique de la kinésithérapie. *Kinétude* 2000;7:20-5.

PINELL P., STEFFEN M. Les médecins français : genèse historique d'une profession divisée. In : Jobert B., Steffen M. *Les politiques de santé en France et en Allemagne*. Observatoire Européen de la Protection Sociale 1994:41-55.

PINELL P. Médicalisation et procès de civilisation médicalisation. In : Aïach P., Delanoë D. *L'ère de la médicalisation*. Coll. Sociologiques. Paris : Ed. Economica, 1998 : pp. 37-51.

POURVOURVILLE G. (de). Organisation et régulation du système de soins en France. In : Jobert B., Steffen M. *Les politiques de santé en France et en Allemagne*. Observatoire Européen de la Protection Sociale 1994:109-26.

REMONDIERE R. BMM ou Inf-Mass Ch MKDE : corps et mise en mouvement. *Ann. Kinésithér.* 1996;23;4:160-72.

SALIBA J. Les paradigmes des professions de santé. In : Aïach P., Fassin D. *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Coll. Sociologiques. Paris : Ed. Economica, 1994 : pp. 9-42.