



HAL
open science

Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes

Patrick Salaün

► To cite this version:

Patrick Salaün. Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes. Education. Université de Lille, 2023. Français. NNT : 2023ULILH043 . tel-04430885

HAL Id: tel-04430885

<https://theses.hal.science/tel-04430885>

Submitted on 1 Feb 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.

Thèse de Doctorat
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE
Discipline : Sciences de l'éducation et de la formation

Présentée et soutenue publiquement par

Patrick SALAÜN
Le 30 novembre 2023

« Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle
des masseurs kinésithérapeutes français »

Volume 1

Thèse dirigée par Madame Corinne BAUJARD, directrice de thèse.

Jury

Directrice de thèse : Corinne BAUJARD, Professeure des universités, Université de Lille,

Rapporteurs :

Joël LEBEAUME, Professeur émérite des universités,
Pierre PORTERO, Professeur des universités.

Membre du jury :

Francis DANVERS, Professeur émérite, examinateur, Président du jury,
Maria PAGONI, Professeure des universités, Université de Lille, examinatrice,
Éliane ROTHIER-BAUTZER, Maître de conférences, HDR, Université Paris Cité, examinatrice.

Remerciements

Je tiens à remercier ici par ces quelques mots toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Corine BAUJARD, ma directrice de thèse, qui a su trouver toujours les mots justes sur des moments de doute. Ces encouragements et sa bienveillance m'ont permis de rebondir et de vous présenter enfin mon travail.

Je remercie chaleureusement Monsieur Francis DANVERS d'avoir accepté la présidence de mon Jury de thèse. Lors des séminaires, ces diverses interventions ont éclairé ma réflexion.

Mes remerciements s'adressent à Maria PAGONI, Éliane ROTHIER-BAUTZER membres du jury,

et à

M. Joël LEBEAUME, M. Pierre PORTERO, membres du jury.

Tout en restant modeste, je suis particulièrement fier de présenter mon travail à Madame Eliane ROTHIER-BAUTZER, qui m'a accompagné comme directrice de mon Master 2, et surtout qui m'a donné envie de continuer mes travaux de recherche.

Merci à l'ensemble des doctorants pour ces six années riches de rencontres.

Merci à David pour ta collaboration sur un écrit à trois mains, et pour ton amitié.

Merci à Enya, Norah, Diana, Lisa, Liam, Noël pour cet accompagnement quotidien, sans jamais défaillir.

Merci à mon amie, qui se reconnaîtra, d'avoir accepté mon caractère depuis près de 18 ans.

Je dédicace cette contribution à mes parents, qui ne sont peut-être pas là physiquement, mais présents au plus profond de mes meilleurs souvenirs.

« En te levant le matin, rappelle-toi combien précieux est le privilège de vivre, de respirer, d'être heureux. »

Marc AURÈLE

« Pour réussir, retenez bien ces trois maximes : voir c'est savoir, vouloir c'est pouvoir, oser c'est avoir. »

Alfred de MUSSET

Déclaration sur l'honneur
Anti-plagiat

Je soussigné, Patrick Salaün,
Étudiant en sciences de l'éducation, sous la direction de Madame Corinne Baujard à l'Université de
Lille,

certifie que le texte présenté en vue de la soutenance est le fruit d'un travail original et personnel et
que toutes les sources utilisées pour sa réalisation ont été clairement référencées.

Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni copié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un
ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément
leur origine et que les citations sont expressément signalées entre guillemets (ou par une autre
disposition graphique sans ambiguïté).

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la
commission disciplinaire et les tribunaux de la République française pour plagiat universitaire.

Fait à Paris le 30 septembre 2023

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'PS', written over a horizontal line.

Abréviations

AMCT	Académie de Massage Chinois Traditionnel
ANDRH	Association Nationale des Directeurs des Ressources Humaines
ARB	Association des Réseaux Bronchiolite
AVC	Accident Vasculaire Cérébrale
B.I.T	Bureau International du Travail
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BV8	Bassin de Vie n°8
CARPIMKO	Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers Masseurs Kinésithérapeutes Pédicures-podologues Orthophonistes et orthoptistes
CDO	Conseils Départementaux de l'Ordre
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurances Maladie des Travailleurs Salariés
CNKS	Collège National de la Kinésithérapie
CNOM	Conseil National de l'ordre des Médecins
CNOMK	Conseil National de l'Orde des Masseurs Kinésithérapeutes
CNU	Conseil National des Universités
CNU	Conseil National des Universités
CPU	Conférence des Présidents d'Université
CSK	Conseil Supérieur de la Kinésithérapie
CSP	Code de Santé Publique
CSPPM	Conseil Supérieur des Professions Paramédicales
D.E	Diplôme d'Etat
DAEU	Diplôme d'Accès aux Études Universitaires
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme Universitaire
EBM	Evidence Based Medicine
EBP	Evidence Based Practice
ECTS	European Credits Transfer System
EFOM	École Française d'Orthopédie et de Massage
EMG	Électromyogramme
FFMKR	Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
FNEK	Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
FNO	Fédération Nationale des Orthophonistes
HAD	Hospitalisation à domicile
HDR	Habilités à Diriger des Recherches
HTPS	Organisation mondiale de la santé
IFMK	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPAG	Institut de Préparation à l'Administration Générale
J-C	Jésus Christ
LAS	Licence Accès Santé
LLF	La Langue Française

LMD	Licence Master Doctorat
M2	Master 2
M2Pro	Master 2 Professionnel
M2R	Master 2 Recherche
MGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
MTC	Médecine Traditionnelle Chinoise
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P.R.E.S.S	Pôles de Recherche et d'Enseignement Supérieur
PASS	Parcours Accès Spécifique Santé
PU	Professeur des Universités
RSU	Responsabilité Sociale des Université
SDK	Société Des Kinésithérapeutes
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SNIFMK	Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie
UE	Unité d'Enseignement
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Culturel Organization
UNSMKL	Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience
VAP	Validation des Acquis Professionnels
VAPP	Validation des Acquis Personnels et Professionnels

Résumé

La mondialisation d'accès aux savoirs questionne l'ensemble des formations initiales et continues dans le domaine des professions médicales. À ce titre, ce travail de thèse propose d'explorer la mise en place du concept d'universitarisation de la formation initiale des masseurs kinésithérapeutes (MK) français, et plus précisément sur les modalités de la construction identitaire professionnelle d'acteurs du soin à la personne. La formation académique sera examinée pour mesurer l'impact réel de ce concept d'universitarisation sur la création de l'identité professionnelle de ces nouveaux professionnels de santé.

Depuis 2015, un nouveau partenariat entre l'université, les conseils régionaux et les instituts de formation en massokinésithérapie officialise l'entrée de cette formation professionnelle au sein de l'université. L'universitarisation de cette formation initiale nous questionne sur les attendus de ce nouveau partenariat. L'universitarisation officialise un changement d'approche pédagogique pour ces étudiants et l'ensemble des équipes pédagogiques.

Notre travail de recherche repose sur cette question principale :

Le défi de cette universitarisation sur l'identité des futurs MK correspond-elle à celle attendue par l'université ?

Pour répondre à cette question, une analyse historique présente le métier de masseur kinésithérapeute et sa formation initiale depuis son origine le 30 avril 1946 jusqu'à nos jours. Ce nouveau métier est le regroupement de deux corps professionnels différents. La fin du XIXe siècle a fait entrer le monde où tout est possible. Le massage, la gymnastique et ce que l'on appellera plus tard, la massokinésithérapie vont prendre un essor considérable. Ils vont occuper les places laissées par les médecins.

La professionnalisation de ce corps de métiers a débuté dès son origine puis par une succession de quatre réformes, en 2015 elle la complète par son universitarisation. Ce changement positionne l'apprenant sur une posture réflexive et d'autonomie. L'étudiant est l'auteur de sa formation. La construction identitaire professionnelle issue lors de ce parcours complètera les représentations informelles retrouvées sur l'ensemble des étudiants.

La méthodologie s'appuie sur la démarche hypothético-déductible, tout en tenant compte du modèle de « la double transaction ». Un questionnaire, sept entretiens semi-dirigés et une revue de l'état de l'art précisent le cadre théorique. La construction du matériel de recherche repose sur un panel représentatif des différents acteurs de cette formation initiale. Quarante entretiens semi-dirigés appuieront nos propos. Il est mis en avant que notre démarche de recherche fait ressortir trois grandes lignes exploitables pour notre problématique. Une nouvelle identité universito-professionnelle est mise en avant. Elle positionne les apprenants dans une posture d'étudiants universitaires, réflexifs, partiellement autonomes.

Mots clefs : Étudiant, formation initiale, Université, professionnalisation, universitarisation, réflexivité, autonomie,

The globalization of access to knowledge calls into questions all initial and continuing training in the medical professions. As such, this thesis proposes to explore the implementation of the concept of universitarisation in the initial training of French “masseurs kinesitherapeutes” and, more specifically, the methods used to construct the professional identity of those involved in personal care. Academic training will be examined to measure the real impact of this concept of universitarization on the creation of the professional identity of these new healthcare professionals.

Since 2015, a new partnership between the university, the regional councils, and the physiotherapist training institutes has formalized the entry of this professional training into the university. The fact that this initial training is now being offered on a university basis raises questions about the expectations of this new partnership. Universitarization formalizes a change in pedagogical approach for these students and all the teaching teams.

Our research is based on this main question:

Does the challenge posed by universitarization to the identity of future MKs correspond to that expected by the university?

To answer this question, a historical analysis presents the profession of physiotherapist masseur and its initial training from its origins on April 30, 1946, to the present day. This new profession is the amalgamation of two different professional bodies. The end of the 19th century ushered in a world where anything was possible. Massage, gymnastics, and what later came to be known as “masseurs kinesitherapeutes” took off in a big way. They were to occupy the places left by doctors.

The professionalization of this profession began at its inception, and through a succession of four reforms, in 2015 it was completed by its universitarization. This change places the learner in a reflective and autonomous position. Students are the authors of their own training. The construction of a professional identity during this course will complement the informal representations found among all the students.

The methodology is based on the hypothetical-deductible approach, while taking into account the "double transaction" model. A questionnaire, seven semi-structured interviews, and a review of the state of the art set out the theoretical framework. The research material is based on a representative panel of the various players involved in this initial training. Forty semi-structured interviews were conducted to support our findings. It is emphasized that our research approach highlights three main lines that can be used to address our problem. A new universal-professional identity is highlighted. It positions learners as reflective, partially autonomous university students.

Keywords : Student, initial training, University, professionnalization, universitarization, reflexivity, autonomy.

Sommaire

Introduction.....	p.1
1- Première partie : Le contexte de la recherche, rappel historique de cette formation initiale,	
2- Deuxième partie : Le cadre conceptuel : la formation initiale, l'université et l'universitarisation, la professionnalisation, l'identité et l'identité professionnelle, la problématique, et les hypothèses de recherche	
3- Troisième partie : La méthodologie de recherche choisie : méthodologie qualitative	
4- Quatrième partie : Résultats de la recherche	
5- Cinquième partie : Interprétation et discussion autour des résultats obtenus	
6- Conclusion et perspective	

Première Partie

Contexte de la recherche

Introduction.....	p.11
1- Rappels historiques.....	p.11
1-1 <i>Les professions paramédicales</i>	p.12
1-2 le massage.....	p.15
1-2-1 Définition.....	p.15
1-2-2 De son origine à l'entrée du moyen âge.....	p.17
1-2-3 De la fin de l'antiquité au début de l'âge industriel.....	p.20
1-2-4 De l'âge industriel à 1946.....	p.22
Le médecin et les infirmières masseuses.....	p.24
Le médecin et les masseurs aveugles.....	p.26
1-2-5 De 1946 à nos jours.....	p.29
1-2-6 Conclusion.....	p.30
1-3 La kinésithérapie. (Le mouvement-la mobilisation-la gymnastique-la rééducation) -----	p.33
1-3-1 Définition.....	p.33
1-3-2 Origines.....	p.34
1-3-3 La kinésithérapie en 2023 et après ?.....	p.38
1-3-4 La Massokinésithérapie.....	p.40
1-3-5 Conclusion.....	p.41
2- La formation initiale de 1946 à nos jours.....	p.44
2-1 De 1946 à 1962 : les premiers masseur-kinésithérapeutes formés.....	p.47
Introduction.....	p.47
2-1-1 Répartition par année.....	p.49
a-La première année.....	p.49
b-La deuxième année.....	p.52
2-1-2 Conclusion.....	p.56
2-2 1962 Une recherche de programme pour une formation plus adaptée.....	p.56
Introduction.....	p.56
2-2-1 Répartition par partie.....	p.60

a-La Première Partie : Sciences fondamentales.....	p.60
b-La deuxième Partie : La technologie.....	p.60
c-Mais ou sont introduits d'autres changements ?.....	p.61
2-2-2 Conclusion.....	p.64
2-3 Refontes des programmes par le décret du 28 mars 1969.....	p.69
Introduction.....	p.70
2-3-1 Un décret court.....	p.70
2-3-2 Un programme innovant ?.....	p.73
2-3-3 Répartition par année.....	p.75
a- Première Année.....	p.75
Le premier trimestre.....	p.75
les second et troisième trimestres.....	p.77
b- Deuxième Année.....	p.79
c- Troisième Année.....	p.80
d- Les stages.....	p.83
2-3-4 Conclusion.....	p.83
2-4 Réingénierie de la formation initiale 5 septembre 1989 : ou, comment sortir d'une adolescence tumultueuse pour aborder le monde professionnel en toute autonomie.....	p.88
Introduction.....	p.88
2-4- I : le 5 septembre 1989 une formation par modules modulables.....	p.90
La posture des apprenants.....	p.91
La posture des formateurs.....	p.91
La posture des IFMK.....	p.93
Conclusion.....	p.93
2-4-2 : Le contenu des modules.....	p.95
a- Première Année.....	p.96
1. Module 1.....	p.96
2- Module 2.....	p.97
3- Module 3.....	p.97
4- Module 4.....	p.97
b- les deuxième et Troisième Année.....	p.99
1- Les modules.....	p.100
2- Les stages cliniques.....	p.102
c- Conclusion.....	p.103
La vie estudiantine.....	p.104
La vie professionnelle.....	p.106
L'avenir.....	p.108
2-5 L'Universitarisation en route par le décret de 2015. Une approche par compétences.....	p.109
Introduction.....	p.109
2-5-1 Des nouveaux concepts pour une nouvelle réforme.....	p.111
2-5-1-1 La Réingénierie de la formation.....	p.111
2-5-1-2 L'approche par compétences.....	p.112
2-5-1-3 Changement de paradigme du prendre soin.....	p.114

Paradigme Bio-Médical-Curatif.....	p.114
Paradigme Bio-Psycho-Social.....	p.115
Conclusion.....	p.116
2-5-1-4 La formation initiale.....	p.117
a- Pour l'étudiant.....	p.117
Le programme.....	p.120
Le premier temps : les apports fondamentaux.....	p.121
Le deuxième temps : Sciences et ingénierie en kinésithérapie.....	p.123
le troisième temps : Apprentissages et approfondissements.....	p.124
Conclusion.....	p.126
b- Pour les IFMK et l'université.....	p.130
b-1 Les IFMK.....	p.130
b-2 L'université.....	p.134
Conclusion.....	p.136
3- Conclusion.....	p.138

Deuxième partie

Introduction.....	p.145
Le cadre conceptuel : la formation initiale, l'université et l'universitarisation, la professionnalisation, l'identité et l'identité professionnelle, la problématique, et les hypothèses de recherche	
Introduction	
1- La formation initiale.....	p.145
Introduction.....	p.146
1 La formation.....	p.146
1-2 Initiale.....	p.149
1-3 La formation initiale.....	p.152
1-4 Conclusion.....	p.154
2- L'université et l'universitarisation.....	p.156
2-1 L'université.....	p.157
Introduction.....	p.157
2-1-1 Définitions.....	p.158
2-1-2 La complexité de l'université : une entité à plusieurs profils.....	p.159
2-1-3 Le rôle social de l'université.....	p.164
2-1-4 Le rôle sociétal de l'université.....	p.165
2-1-5 Conclusion.....	p.167
2-2 L'universitarisation.....	p.168
2-2-1 Introduction.....	p.168
2-2-1-1 Définitions.....	p.169
2-2-1-2 Concept d'universitarisation.....	p.171

2-2-1-3 La posture réflexive une des composantes de l'universitarisation	p.176
2-2-1-4 L'autonomie une des composantes de l'universitarisation	p.178
2-2-1-5 Conclusion	p.180
a) L'institution de formation d'origine	p.180
b) Les savoirs professionnels	p.181
c) Les professionnels des instituts au contact des universitaires avant ce processus	p.182-2
3 Conclusion	p.182
3- La professionnalisation	p.185
Introduction	p.185
3-1 Définitions	p.187
3-2 Concept de professionnalisation	p.188
3-3 Conclusion	p.198
4- La notion de compétence	p.204
Introduction	p.204
4-1 Définitions	p.205
4-2 La notion de compétence	p.207
4-3 Conclusion	p.211
5- L'identité professionnelle	p.216
Introduction	p.216
5-1 L'identité	p.216
introduction	p.216
5-1-1 Définitions	p.217
5-1-2 Le concept de l'identité	p.218
5-1-2-1 Une approche plus philosophique et psychanalytique	p.218
5-1-2-2 Une approche par les SHS	p.222
a- Les dynamiques identitaires	p.227
b- L'identité sociale	p.230
5-1-3 Conclusion	p.233
5-2 L'identité professionnelle	p.234
Introduction	p.234
5-2-1 Définitions	p.235
5-2-2 Le concept de l'identité professionnelle	p.236
5-2-3 la construction identitaire professionnelle	p.239
5-2-4 Conclusion	p.242
6- la problématique, et les hypothèses de recherche	p.243
6-1 La problématique	p.243
6-2 Questions et hypothèses	p.245
7- Conclusion	p.246

Troisième partie
Méthodologie de recherche

Introduction.....	p.247
1- L'enquête exploratoire.....	p.248
1-1 Les premiers entretiens exploratoires.....	p.249
1-2 L'enquête de recherche.....	p.253
1-3 Conclusion.....	p.254

Quatrième partie

Résultats et analyses de la recherche. Interprétation et discussion autour des résultats obtenus

Introduction.....	p.254
1- L'identité professionnelle des étudiants et des MK décrite par le regard des interviewés.	p.255
a) Le groupe des anciens.....	p.256
b) Le groupe patients.....	p.258
c) Le groupe des formateurs.....	p.261
c-1) Les formateurs MK.....	p.262
c-2) Les formateurs docteur.....	p.263
c-3) Le formateur ergothérapeute.....	p.264
c-4) Le formateur ostéopathe.....	p.265
c-5) Le formateur docteur en Sciences du mouvement.....	p.266
c-6) Conclusion.....	p.267
d) Le groupe des étudiants.....	p.268
d-1) Les lycéennes.....	p.268
d-2) Les étudiants de PACES.....	p.269
d-3) Les étudiants en formation STAPS.....	p.272
d-4) Les étudiants en soins infirmiers.....	p.273
d-5) Les étudiants en ergothérapie.....	p.276
d-6) Conclusion.....	p.278
2- La construction identitaire des MK décrite par des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie.....	p.279
Introduction.....	p.279
2-1 Connaissance du groupe d'appartenance ?.....	p.279
2-2 la construction identitaire à l'université : entre une identité professionnelle et une identité universitaire.....	p.281
3- La problématique, les questions de recherche et les hypothèses au regard de l'analyse	p.290
3-1 Hypothèse 1 (H1).....	p.291
3-2 Hypothèse 2 (H2).....	p.292
3-3 Hypothèse 3 (H3).....	p.293
3-4 Hypothèse 4 (H4).....	p.294
3-5 Hypothèse 5 (H5).....	p.295
3-6 Conclusion.....	p.297

Conclusion et perspectives

« Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes français ».....	p.298
Bibliographie.....	p.303
Liste des liens.....	p.320
Questionnaire exploratoire étudiants paramédicaux.....	p.322

Introduction

Le métier de masseur-kinésithérapeute est né à la sortie de la Seconde Guerre mondiale le 30 avril 1946. Cette naissance fait suite au long processus de professionnalisation du corps médical. La loi du 30 novembre 1892 avait confié le monopole de l'ensemble des techniques de soins à ce corps. Pour garder son monopole, il a « sous-traité » certaines tâches aux auxiliaires médicaux tout en contrôlant leurs formations initiales, et en limitant leurs champs d'interventions. En parallèle de cette professionnalisation du corps médical, les infirmiers, les masseurs et les moniteurs de gymnastique vont s'inscrire, eux aussi, dans une démarche identique. À la création du métier de masseur kinésithérapeute, la formation initiale durait deux ans. Puis elle est passée progressivement de trois à quatre ans. Par l'arrêté du 2 septembre 2015, cette formation débute après la validation d'une première année universitaire, et s'inscrit dans son processus d'universitarisation.

Le métier de masseur-kinésithérapeute fait partie des professions de santé réglementées inscrites au Code de Santé Publique (CSP). Cette posture ouvre des droits par la sécurité sociale, acte une légitimité, et définit un positionnement sociétal.

Depuis sa création, et le premier cours de kinésithérapie à la Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédie de la Faculté de Médecine de Paris, le 3 Octobre 1946, puis du premier diplôme d'état (D.E), ce métier a connu de nombreuses réformes, tant sur le fond et sur la forme. Si ces modalités d'enseignements n'ont que très peu variées, alternant des cours magistraux, des travaux dirigés, des travaux pratiques, et des stages immersifs, c'est le curriculum¹ (Perrenoud 1993) de formation qui a été fortement modifié². Ces réformes successives proviennent de concertations tripartites entre l'État français, le corps médical et l'ensemble des acteurs de ce métier. Cela ouvre les portes de l'université à ce corps de métier. Mais nous notons qu'elles ne se font que par l'impulsion des politiques : « *la réingénierie, qui se traduit entre autres éléments concrets par des référentiels de formation, ne modifie pas que des pratiques de formation en vue de modifier les pratiques auprès des patients...la réingénierie est d'abord politique. Elle est en effet en lien étroit avec des transformations bien plus vastes du système de santé et des politiques publiques* », Perez-Roux³ 2019.

Ce nouveau métier est le regroupement de deux pratiques reconnues : les masseurs médicaux et les professeurs de gymnastique médicale⁴. Son officialisation reste sous la coupole médicale⁵, qui soustrait définitivement des pratiques ancestrales, campagnardes, comme le rebouteux, mais qui l'officialise comme un des acteurs du soin, de même niveau que les infirmières.

¹ Perrenoud P., 1993, « *Curriculum : le formel, le réel, le caché* », In Houssaye, J., « la pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui », Paris, ESF, 1093, 2^{ème} éd, 1994, p61-76, « *Historiquement, la notion de curriculum n'est pas un concept savant. Dans les pays anglo-saxons, on parle de curriculum pour désigner le parcours éducatif proposé aux apprenants, alors qu'en français on dira plus volontiers plan d'études, programme ou cursus, selon qu'on met plutôt l'accent sur la progression en les connaissances, les contenus successifs ou la structuration de la carrière scolaire* ».

² Livain T et All, 2010, « *L'universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie devrait s'accompagner d'une réforme de son contenu. Le savoir expérientiel devrait être valorisé afin d'activer le processus d'autonomisation dans la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes* », 2010, kinésithérapie scientifique 10/11/2010, p.35

³ Perez-Roux T., 2019, « *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation. Le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie* » L'Harmattan, 2019, p.13-14,

⁴ Remondière R., « *L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946)* », Les cahiers du centre de recherche historiques, Archives, 12/1994, Polysémie de la santé. Institutions et pratiques sociales en France et au Québec 1750-1980, p.2

⁵ Ibid. 5, p.7, ligne 22

L'évolution de ce métier (métier au sens de Freidson⁶ (1995), Hughes⁷ (1996)), fait suite aux différentes demandes de soin, du vieillissement et de l'accroissement de la population française comme mondiale, et des avancées médicales. Celui-ci, âgé de plus de 77 ans, a vu sa formation initiale, ses compétences, ses pratiques et ses domaines d'actions s'adapter pour entrer dans le monde médical. Avec l'arrivée des nouvelles technologies, les connaissances prolifèrent, appuyées par la création et la mise en commun des nouveaux outils de communication. La recherche médicale fondamentale n'est plus dépendante d'un pays, mais de structures délocalisées aux quatre coins du monde. Les trois lauréats du Prix Nobel 2022 de médecine en sont un bon exemple. Ils sont Français, Américain et Canadien⁸ et configurent la mondialisation de la recherche. Ils contribuent ainsi à la création de nouveaux savoirs sans frontières. Ces savoirs, ces savoir-faire et les pratiques qui en découlent, s'harmonisent. Ils sont mis à disposition au plus grand nombre de professionnels, ou à toutes autres personnes. Ces dernières pourraient les appliquer, les améliorer et les enrichir. Certains se les approprient comme point de départ pour de nouveaux travaux de recherche. Pour Crozier et Freidberg⁹ (1977), « *les acteurs ont des attitudes non pas en fonction du passé mais en fonction de l'avenir ...et des opportunités qu'ils découvrent...en fonction de leurs ressources et capacités propres, ils se saisiront de certaines d'entre elles à l'exception d'autres et adapteront une stratégie correspondante, c'est-à-dire ajusteront leur comportement à ces choix* ».

À ce jour, la recherche en massokinésithérapie en France n'existe pas. Pour les étudiants, l'Unité d'Enseignement (UE) 27 méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie¹⁰, est une des premières approches à la recherche universitaire. Les objectifs¹¹ de l'UE 28 Mémoire, se déroulant sur les semestres 7 et 8, en référence à la compétence 8 « *Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques* », complètent cette approche comme initiation à la recherche scientifique universitaire. Avec cette réforme, c'est la production de l'écrit professionnel qui est abandonnée au profit d'un « mémoire d'initiation recherche¹² ». Ce support écrit est une des étapes de l'universitarisation de la formation initiale des masseurs kinésithérapeutes (MK), par l'utilisation du verbatim déployé et du niveau d'équivalence universitaire attendu. Pour Joanne P¹³, « *L'objectif du mémoire d'initiation à la recherche durant la première année du cycle Master, réside dans l'apprentissage et la mise en œuvre de méthodes appropriées, et dans la compréhension qu'un sujet reste inerte s'il n'est pas interrogé de manière dynamique.* »

L'origine du métier de MK est bien antérieure à l'année 1946. Les travaux de Jacques Monet¹⁴ datent de la naissance officielle le 5 janvier 1900, par la création « *d'une nouvelle société médicale : la*

⁶ Dodier N., et All, 1985, « *Eliot Freidson, La profession médicale* ». In: Sciences sociales et santé. Volume 3, n°1, 1985, pp. 129-143. P. 129

⁷ Quemin A., Hughes E.C. 1996, « *Le regard sociologique. Essais choisis d'E. Hughes*. Textes présentés et choisis par J.M. Chapoulie, Paris, EHESS, « *Le nom des métiers tient à la fois de la carte de visite et de l'étiquette annonçant le prix* », p.75

⁸ Prix Nobel de médecine 2022 : Jules Hoffman français, Bruce Beutler Américain et Ralph Steinman Canadien

⁹ Crozier M, Freidberg E, « *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective* », Paris France : le Seuil, 1997, p.468

¹⁰ « *Le cursus de formation initiale en Masso-Kinésithérapie* », extrait de l'[Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

¹¹ Objectifs de l'UE 28 – Mémoire, 2015, « *S'initier à la production scientifique en réalisant un travail personnel à partir des savoirs disciplinaires et des savoir-faire associés enseignés au cours de la formation. - Développer l'esprit scientifique pour l'exploiter dans son raisonnement professionnel et ses pratiques. - Établir un projet de recherche et être prêt à expérimenter sa mise en œuvre. - Développer et valoriser la réflexivité. - Rédiger et soutenir le « mémoire »*

¹² Document pour « la direction de mémoire à l'EKP (Ecole de Kinésithérapie De Paris) », 2022/2023

¹³ Joanne P., et All, 2012, « *L'initiation à la recherche par la thématique des ambiances* », Les cahiers de la recherche architecturale et urbaine, 1/11/2012, p.24

¹⁴ Jacques M., 2004, « *Une spécialité médicale impossible construction et disqualification de la kinésithérapie* », Regards sociologiques, n°29, 2004, pp. 115-130, p.121

*Société De Kinésithérapie, la SDK*¹⁵ ». À ce jour, ce sont plus de 47 instituts de formations qui préparent au Diplôme d'État (DE). Elle compte dans ses rangs quatre établissements pour des étudiants déficients visuels. C'est en 1906 que sont retrouvés ces premiers profils¹⁶, et par validation en 1927 du diplôme de masseur aveugle¹⁷. Ils seront intégrés en 1946 comme futurs professionnels diplômés. Ce profil particulier n'intervient pas sur les contenus de formations. Ces étudiants sont considérés, comme des étudiants à part entière. Les méthodologies d'apprentissage sont adaptées. C'est en moyenne une centaine d'étudiants qui sont formés tous les ans.

La succession des réformes amène cette formation initiale à se rapprocher du fonctionnement universitaire. Cette formation est passée successivement d'une transmission orale du rebouteux, aux premiers diplômés d'État (D.E), formés sur deux ans, à une formation sur 4 années en instituts avec une première année obligatoire à l'université, soit un total de cinq années de formation. Cette première année universitaire de niveau licence avec option santé (LAS), ou option Parcours Accès Spécifique Santé (PASS), est considérée comme un prérequis d'accès à la première année de formation. Ce changement est une adaptation de la déclaration de la Sorbonne, du 25 mai 1998, et de la déclaration de Bologne, le 19 juin 1999. Ce processus de Bologne, demandé et signé par l'ensemble des 27 États européens, pose les bases du changement de cette formation initiale. Ce processus est le moyen d'harmonisation de l'ensemble des formations universitaires et des professions de santé. L'outil retenu est le rapprochement des différents centres de formations avec les universités, majoritairement les facultés de médecine. Cette association ne se retrouve pas uniquement sur le sol européen. Il remonte aux années 1923 au Canada¹⁸, et, est le socle initial des formations médicales et paramédicales dans les autres pays. L'harmonisation d'une formation initiale mondiale commune, pour ce métier, est un processus en constante évolution, et est dépendante des orientations gouvernementales. Le 14 mars 2018, Mesdames Agnès Buzyn et Frédérique Vidal¹⁹ officialisent le comité du processus d'universitarisation des formations en santé. Le rapport Boulou pose les pierres de ce changement de paradigme^{20, 21} (Perez-Roux, 2019) pour les formations initiales des paramédicaux du monde de la rééducation. Il est relevé que « *L'universitarisation des formations en santé est un sujet ancien et crucial, que nos voisins européens ont su saisir : l'inclusion de ces formations dans l'université permettra le développement de la recherche, par exemple en sciences*

¹⁵ Jacques M., 2003, « *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914.* » Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris 1-Panthéon Sorbonne, Juin 2003, p. 449

¹⁶ Ibid.15, p.18, p.557

¹⁷ Ibid.16, « *Le diplôme de masseur aveugle* » est créé en 1927, p. 7, extrait de l'Arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles, *J.O.*, 14 décembre 1927, p.583

¹⁸ Dossier de presse, « *L'universitarisation des formations en santé* », 14 Mars 2018, #formationsanté, ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, « *L'idée de former tous les professionnels de santé dans un contexte universitaire est ancienne et a été entamée chez plusieurs de nos voisins : la « School of nursing » de l'Université de Yale a été créée en 1923, la première école d'ergothérapie de l'Université de Toronto a ouvert en 1926... Dans de nombreux pays européens, ces formations sont complètement organisées par les universités, comme par exemple les formations qui sont proposées à l'université de Liège en Belgique : bachelier en kinésithérapie et réadaptation, Master en kinésithérapie et réadaptation ou les six programmes doctoraux de maïeutique proposés par les universités de Grande-Bretagne* ». p.7

¹⁹ Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, Madame Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

²⁰ Ibid.20, « *En ce sens, la réforme s'inscrit dans le passage du paradigme biomédical au paradigme bio-psychosocial, comme cela a été développé dans le système anglo-saxon ou canadien* », p.98

²¹ Guyet D., 2020, « *Raisonnement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie : quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former* », Transformation recherche en éducation et formation des adultes, Vol.1, n°20 (6/11/2020), p.11 « *Sous la supervision d'un chercheur universitaire pour la mise en place des études et le changement de paradigme à opérer dans l'institut de formation.* »

Infirmières, en réadaptation et en maïeutique. Il s'agit de faire en sorte que les étudiants en santé puissent apprendre à coopérer dès les bancs de l'université et bénéficient des mêmes droits et des mêmes services que les étudiants inscrits dans un cursus LMD.»²²

Pour la France, et ce, depuis la dernière réforme, par l'arrêté du 2 septembre 2015²³, et la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016²⁴, le cadre de la formation initiale et les champs d'interventions des masseurs kinésithérapeutes français ont été redéfinis. Le métier de MK est accessible après l'obtention du D.E, comme pour les étudiants non ou mal voyants (la première année universitaire est une remise à niveau, via le Diplôme d'Accès aux Études Universitaires (DAEU)), ou par équivalence de tous diplômes de masseur kinésithérapeute ou de physiothérapeute obtenus hors France, validés par les conseils départementaux de l'ordre (CDO). Cela permet, aussi l'accès et la validation de différentes formations professionnelles universitaires tout au long de la vie, dont les Diplômes Universitaires (DU), et les Diplômes Inter Universitaires (DIU) accessibles à l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicaux.

Ce métier est connu et reconnu sous deux terminologies différentes, provenant de formations initiales distinctes. Pour la France, la Belgique, quelques pays européens, les pays du Maghreb, et certains pays d'Afrique centrale, ce sont les termes de masseur kinésithérapeute (MK) ou massokinésithérapie qui sont employés. Pour le reste du monde, ce métier est connu par l'utilisation de physiothérapeute, ou Physiothérapeute. Le titre de physiothérapeute est attribué après un parcours universitaire LMD, définissant ainsi les différents champs d'interventions de ces diplômés. Pour l'université française, le D.E est reconnu par équivalence à un niveau grade Master. À ce jour, cette équivalence permet aux diplômés de poursuivre une formation universitaire directement en Master 2 professionnel (M2 Pro), ou en Master recherche (M2 R), pouvant aller jusqu'à la soutenance d'une thèse.

En France, il n'existe pas de parcours universitaire LMD débouchant sur un titre de docteur en massokinésithérapie²⁵ (Perez-Roux), 2019). Le 30 octobre 2019, le Conseil National des Universités (CNU) a acté la création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation²⁶, la section 91. Pour « *le Conseil National de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes²⁷ (CNOMK), la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) et le Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie (SNIFMK) se félicitent de cette avancée majeure dans le processus d'intégration universitaire de la kinésithérapie* ». Cette section regroupe les 7 métiers de la rééducation²⁸, dont certains, les orthophonistes, aimeraient avoir une section spécifique comme les infirmières et leur section 92, ou les sages femmes par la section 91. Par un communiqué de presse du 27 septembre,

²² [L'universitarisation des formations en santé - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

²³ [Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://legifrance.gouv.fr/)

²⁴ [Article 123 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://legifrance.gouv.fr/)

²⁵ Ibid.4, « *Toutefois, un certain nombre d'enquêtes soulignent que ce processus d'universitarisation reste inabouti, la réforme ne débouchant pas sur un master et, à terme, sur une filière universitaire spécifique à la kinésithérapie* », p.98

²⁶ [Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://legifrance.gouv.fr/)

²⁷ [La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au CNU, avancée majeure pour la kinésithérapie – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes \(ordremk.fr\)](https://ordremk.fr/)

²⁸ Les 7 métiers de la rééducation : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien.

2019, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)²⁹, et l'ensemble des représentants de ce métier, étudiants inclus, considèrent que « *La section 91 Sciences de la rééducation/réadaptation regroupe artificiellement des disciplines dont les enjeux de recherche et la spécificité scientifique sont différents. Les Sciences Orthophoniques doivent pouvoir bénéficier d'une reconnaissance des travaux et des modèles dont les orthophonistes ont besoin* ». L'enjeu de l'universitarisation ciblée de la formation initiale pour les MK est appuyé par ces derniers propos, « *l'universitarisation de ces disciplines de santé permettra assurément de combler le retard accumulé par la France en termes de production scientifique dans des domaines porteurs d'innovation tels que la rééducation*³⁰ ». Au regard des propos des orthophonistes, l'universitarisation regroupée de plusieurs métiers de la rééducation engendra peut-être des conflits, de nouvelles négociations et des ajustements. Ces points ont été relevés dans le rapport BOULER (2018), « *Si plusieurs initiatives ont vu le jour grâce à la mobilisation d'acteurs locaux, l'universitarisation est loin d'être uniforme, tant dans les formations concernées et que dans les modalités choisies* ». Ce processus d'une universitarisation commune n'est pas encore entré en vigueur.

Le programme de formation initiale en masso-kinésithérapie, pour être conforme au fonctionnement universitaire, adopte le langage et le calendrier du cahier des charges universitaire. Cet enseignement est réparti sur 8 semestres, en 2 cycles de 2 ans chacun, soit 4 années, autour d'Unités d'Enseignements (UE) validant 240 European Credits Transfer System (ECTS), auxquels il faut les 60 ECTS de la première année universitaire pour rentrer en formation de masso-kinésithérapie. Ce nouveau dispositif d'évaluation et de validation, a fait passer cette formation initiale et son D.E sur un niveau universitaire LMD, et une reconnaissance de grade master, correspondant au 240 ECTS. L'autonomie des différents instituts est fortement bousculée. Elle devient tripartite³¹ : « *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. Cette convention détermine les modalités de participation et les responsabilités des trois signataires. Les instituts de formation s'engagent dans une démarche d'auto-évaluation du dispositif de la formation. La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fait l'objet d'une évaluation périodique par l'autorité indépendante en charge de l'évaluation auprès du ministère de l'enseignement supérieur.* » Cette coopération se retrouve jusqu'aux validations des passages en années supérieures et à la validation du D.E³². Certaines UE peuvent être directement validées si l'étudiant est titulaire d'un diplôme mentionné dans l'arrêté du 2 septembre 2015, Titre II.³³ Ces dispenses proviennent de compétences partagées, pouvant laisser la porte ouverte à une formation initiale globalisée sur ces dernières. De ces compétences partagées, il conviendrait que chaque spécialité paramédicale soit valorisée par une formation diplômante ciblée conformément à leurs décrets de compétences. Cela serait un véritable changement d'approche de ces formations initiales. Pour Dejours (1994), c'est un véritable « *changement d'attitude* » qui serait acté par « *la renonciation aux attitudes antérieures qui ont un sens lié à la culture, aux traditions* ». Ce changement aura un impact sur l'identité propre de chaque métier concerné. L'identité professionnelle des MK devra s'ajuster et s'accorder à ce

²⁹ [Le Ministère de l'Enseignement Supérieur ne reconnaît pas les Sciences Orthophoniques – Fédération Nationale des Orthophonistes \(fno.fr\)](#) Communiqué de presse du 27 septembre 2019

³⁰ Ibid. 15, p.117

³¹ Ibid. 24, Art.1

³² Ibid.24, art 13, 18, 19, 20

³³ Ibid. 254, Titre II : Dispenses et modalités particulières de scolarité.

changement. Cela entraînera-t-il une modification de ses approches thérapeutiques, et directement de modifier « *l'inscription du sujet dans la société et au-delà, on atteint jusqu'à la personne en altérant son identité* » (Dejours, Dessors, Molinier³⁴, 1994) ?

Perez-Roux précise³⁵ (2019), que cette universitarisation de la formation initiale des MK est « *perçue par le groupe professionnel des MK comme une réelle avancée....Mais ce processus d'universitarisation ne va pas de soi. Il génère des tensions, notamment lorsqu'il s'agit de professionnaliser les étudiants* ». Cette nouvelle professionnalisation est-elle conforme à la représentation identitaire de ce métier que s'en font les étudiants ?

La première question à se poser et que je me suis posée, pourquoi ce sujet ?

Le point de départ repose sur un constat personnel tout au long de mon parcours professionnel, comme masseur kinésithérapeute diplômé d'État en juin 1985, puis comme formateur sur les formations initiales des MK, des ergothérapeutes, de différentes formations professionnelles continues médicales à la Faculté de médecine de Paris Descartes, sur des formations d'acteurs du monde de la santé (DU, DIU, directeur de mémoire M2, Master Class formateur en simulation en santé, etc.), de diverses implications comme représentant du métier de MK (syndicats professionnels, instances ordinales, réseaux de soins (Association des Réseaux Bronchiolite (ARB)), Croix rouge, Bassin de Vie n°8 (BV8) du département 92), de la recherche en massokinésithérapie, et par la création d'une association de recherche attachée à la faculté de médecine de Paris Descartes, dont un des domaines de recherche repose sur le continuum de la formation initiale des MK. Continuum au sens d'Henri Poincaré³⁶ (mathématicien), « *Espace qui n'est pas interrompu : Toutes les géométries que j'envisageais avaient ainsi un fond commun, ce continuum à trois dimensions qui était le même pour toutes et qui ne se différenciait que par les figures qu'on y traçait ou quand on prétendait le mesurer* ». Mais, ce continuum peut être différent sociologiquement voire même mettre en avant une discontinuité dans l'organisation sociale (Morin³⁷, Mamou2001) « *Continuum des vies et discontinuité sociale* ». Cette dualité peut engendrer certains conflits générationnels, et créer des interférences entre les discours des seniors (souvent experts dans leurs domaines de compétences) et le plus jeune, souvent novice. Un constat très régulièrement retrouvé tout au long de mon parcours professionnel.

L'ensemble de ces points m'a amené à finaliser ma professionnalisation par l'entrée en école doctorale sur Lille. C'est une suite logique, de continuité après le deuxième M2 R soutenu en 2013, à la faculté de Paris Descartes, dont le titre est : « *Comment, et par quels moyens, au sein des IFMK (institut de formation des masseurs kinésithérapeutes), la notion de recherche est-elle développée, voire enseignée ? J'ajouterai dans quel but ?* », dirigé par Madame Eliane Rothier-Bautzer.

Cette démarche doit tenir compte de ma posture comme partie prenante de ce métier et de mon implication de formateur sur les deux axes de sa formation : la formation initiale et la formation professionnelle continue. C'est à ce titre que le « je » a été employé en début de présentation, et qui

³⁴ Dejours C, et All, 1994, « *Comprendre la résistance au changement. Documents du médecin du travail* », N°58, pp. 112-117, Éd. I.N.R.S. & Ministère du Travail - Direction des Relations du Travail. p.2

³⁵ Ibid.4, p.231

³⁶ Poincaré H., 1905, « *La Valeur de la sciences.* » (p.73). [La valeur de la science : Poincaré, Henri, 1854-1912 : Téléchargement, emprunt et streaming gratuits : Internet Archive](#)

³⁷ Morin E, et All, 2001, « *Continuum des vies et discontinuité sociale* », La documentation française/ « Retraite et société », 2001/3, n°34, p.166-173, p167

Est inclus en début de chapitre sur mon parcours professionnel de chercheur, et le « nous » sera employé pour respecter les « us et coutumes universitaires ». Cette première action de langage est une empreinte de l'universitarisation par le respect des règles universitaires d'écriture d'une thèse.

Je me retrouve dans la posture du praticien chercheur, comme défini par Catherine De Lavergne³⁸ : « L'expression de « praticien-chercheur » signifie qu'une double identité est revendiquée, sans que l'une des deux ne prenne le pas sur l'autre », puis :

« Si le praticien-chercheur mène une recherche sur son propre terrain professionnel, ou sur des terrains proches, il pourra être investi d'un double statut, car même s'il se présente en situation de chercheur, il est connu dans ce monde comme praticien. Cette position est souvent qualifiée de « chercheur de l'intérieur », et « Le praticien-chercheur, du fait de cette implication, effectue sur lui-même un audit de subjectivité ».

D'après Egard Morin 1990, cité par De Lavergne :

« Cette double polarisation de termes à la fois complémentaires et antagonistes, peut être considérée comme espace dialogique, qui tient ensemble deux logiques hétérogènes ».

J'ai essayé de maintenir une posture réflexive tout en tenant compte qu'un conflit cognitif pourrait être mis en avant par des lecteurs experts. Dans cette implication réflexive, « ce travail de recherche ébranle le rapport au métier (Garbarini³⁹, 2001) ». Dans ce processus de recherche, le praticien chercheur « permet qu'une perturbation soit créée en lui » (Devereux, cité dans Kohn et Nègre⁴⁰, 2003). Il « s'énacte » (Varela, 1989⁴¹) comme praticien chercheur, il va devoir reconstruire une nouvelle identité en faisant fond sur lui-même ». De plus, selon Guillemette & Luckerhoff⁴² (2009), « la posture adoptée par le chercheur qui lui permet de repérer de nouveaux sens, puisque toutes leurs décisions sont prises en fonction de favoriser l'adéquation de leurs analyses à ce qui émerge des données ». De Gaulejac (cité par Ardouin⁴³, 2020), constate que le chercheur, « quoi qu'il fasse, est partie prenante du monde social et ne peut prétendre à une position de pure extériorité eu égard à son terrain de recherche ». De Saint Martin⁴⁴ précise que, « Tout praticien chercheur appartient à plusieurs institutions dont il doit démêler les implications pour adopter véritablement une démarche socio-clinique d'une part et légitimer ses résultats d'autre part ». Pour compléter la réflexivité du chercheur, cette approche pose la question de la sa neutralité. Celle-ci porte sur le positionnement du chercheur face à son objet de recherche. Comment rester neutre et objectif lorsque le chercheur est lui même issu des rangs de l'objet étudié ? Pour Giordano⁴⁵ (2003) trois types de neutralité sont possibles et dépendants de trois paradigmes, « extérieure pour les positivistes, distanciée et non

³⁸ De Lavergne C., 2007, « La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative », Recherches qualitatives, 2007, p.29, 33, 34

³⁹ Garbarini, J. 2001, « Formateur-chercheur : une identité construite entre renoncement et engagement. » Dans Mackiewicz, M.-P. (Éd.). Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social (pp.83-90). Paris : L'Harmattan, p.85

⁴⁰ Kohn R. C. et All, 2003, « Les voies de l'observation ». Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines. Paris : L'Harmattan.11/2003, p.152

⁴¹ Ibid.38, p.32

⁴² Guillemette F, et All, 2009, « L'induction en méthodologie de la théorie enracinée », Recherches Qualitatives, Vol. 28(2), 2009, pp. 4-21. Approches inductives II ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html> © 2009 Association pour la recherche qualitative, p.8

⁴³ Ardouin, T., 2020, « Position(s) et posture(s) du chercheur en sciences de l'éducation en recherche et formation, quelle place et rôle de l'ingénierie ? » Revue Transformations, Numéro spécial 20 : Recherche, formation, ingénierie : quelle articulation ? Novembre 2020, p.5

⁴⁴ De Saint Martin C, 2019, « Praticien-chercheur », dans dictionnaire de sociologie clinique, p.476-479, p.477

⁴⁵ Giordano Y., 2003, « Les spécificités des recherches qualitatives », in Giordano Y. (Dir.), Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative, Paris : EMS, pp. 12-39, p.23

influyente pour les interprétativistes⁴⁶ (Walsham, 1993) et dans une interaction réciproque « transformative » pour les constructivistes ». Pour le premier type, le positiviste, cette neutralité prend le sens « d'objectivité », positionnant la connaissance (ici du terrain) : « C'est une connaissance impersonnelle qui ne fait pas référence à ce qu'un individu sait. C'est une connaissance sans connaisseur, une connaissance sans sujet connaissant » (Karl Popper⁴⁷, 1991). Dans le deuxième type, Jodelet, (2003)⁴⁸ considère impossible la neutralité du chercheur. Sa neutralité est liée à l'adoption d'une « posture réflexive » sur le terrain. En se rapprochant de Bachelard (1938)⁴⁹, les constructivistes affirment que « Rien n'est donné. Tout est construit ». L'interaction entre le chercheur et le terrain de recherche construit cette neutralité (Perret & Séville⁵⁰, 2003).

Pour cibler ma place comme étudiant praticien chercheur, je me questionne sur le paradigme attaché à mon parcours professionnel, ma posture comme doctorant et de mon objet de recherche, afin d'avoir une neutralité la plus objective. Lors des entretiens semi dirigés, les questions et les relances ne chercheront pas à avoir une réponse conforme à mes attentes, mais de récolter un matériel propre à chacun. L'analyse qui en découlera, respectera les cadres théoriques sollicités pour cette recherche. Et enfin, lors de cette analyse, il sera mis en avant l'ensemble des points concordants et discordants, pour aboutir à une conclusion objective, que seule l'analyse connaît son écriture. C'est à ce titre que mon positionnement se retrouvera dans les trois paradigmes. L'objectivité, la réflexivité et la neutralité seront les trois axes respectés pour cet écrit.

Je ne pouvais pas faire abstraction du contexte très particulier du déroulement de cette recherche. La pandémie du COVID a fortement contrarié le projet. Le terrain de recherche a été impacté. Les entretiens ont été décalés ou annulés, les enseignements ont été déconstruits et sont devenus virtuels, les stages ont été annulés, la notion de continuité pédagogique a été un des axes de réflexion pour ne pas couper les étudiants de leur scolarité. Dans son rapport de 2021, la Commission Européenne⁵¹ indique que : « *la pandémie a bouleversé la façon dont l'enseignement a été dispensé, accélérant la transformation déjà en cours vers davantage d'apprentissages et d'enseignement en ligne. La pandémie a également eu un impact direct sur la manière dont la recherche est menée, sur le fonctionnement des universités (en termes de fermeture de campus et de passage à l'apprentissage en ligne) et sur la gouvernance des universités, le personnel d'encadrement devant prendre toute une série de décisions d'urgence et permettre une plus grande flexibilité dans de nombreux domaines d'activité* ». Ce nouveau mode d'apprentissage a mis en avant de nombreux points qui ont modifié les rapports à une « scolarité normale », dont ceux-ci⁵² : « *Du point de vue des étudiants, bien que la prestation d'enseignement à distance d'urgence ait été évaluée positivement dans l'ensemble, les résultats des enquêtes montrent qu'une proportion importante d'étudiants ont rencontré de sérieux*

⁴⁶ Walsham G., 1993, « *Interpreting Information Systems in Organizations*. Chichester », NH: Wiley, « *La recherche interprétative vise à produire une connaissance du contexte des systèmes d'information et des processus par lesquels le système d'information influence et est influencé par le contexte* », p.4-5

⁴⁷ Popper K.R., 2009, « *La connaissance objective* », Champs Essais, n°407, 7/11/2009, Sciences humaines et sociales, p.185

⁴⁸ Jodelet D., 2003, « *Aperçus sur les méthodologies qualitatives* », in Moscovici S. et Buschini F. (Dir.), *Les méthodes des sciences humaines*, Paris : PUF Fondamental, pp. 139-162, p.149

⁴⁹ Bachelard G., 1938, « *La formation de l'esprit scientifique* », bibliothèque des textes philosophiques, Paris : Vrin, Edition 2004, p.14

⁵⁰ Perret V. et All, 2003, « *Chapitre 1 : Fondements épistémologiques de la recherche* », in Thietart R.A. (coord.), *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp. 13-33, p.22

⁵¹ Farnell, et All, 2021. 'Impact de la COVID-19 sur l'enseignement supérieur: examen des données émergentes', *rapport NESET*, Résumé analytique, Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne. Doi: 10.2766/940799.p.4

⁵² Ibid. 52, p.5

problèmes dans leur apprentissage. Près de la moitié des étudiants estiment que leurs résultats se sont détériorés depuis l'annulation des cours en présentiel, et plus de la moitié des étudiants interrogés ont déclaré avoir une charge de travail plus importante depuis le passage à l'enseignement en ligne ». Chaque année, ce sont plus de 2 800 étudiants qui entrent en formation en IFMK. Depuis le début de la pandémie, nous pouvons estimer que ce sont près de 12 000 étudiants, sur les 4 années de formation, qui ont été concernés par la pandémie. À ce jour, il n'existe aucune enquête spécifique de cette formation initiale sur la période des restrictions sanitaires. Chaque établissement s'est adapté conformément aux directives gouvernementales. Il est retrouvé, à plus de 90 % dans les entretiens, des remarques sur cette pandémie, mais aucune sur l'impact de celle-ci par rapport à mon objet de recherche.

La rentrée universitaire de septembre 2020 voit la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) remplacée par Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) et la Licence Accès Santé (LAS). Les étudiants désirant entrer en formation initiale de massokinésithérapie sont exclus de la première année de médecine. Cette modification supprime les premiers contacts avec la formation initiale en massokinésithérapie. Un module spécifique était proposé pour ceux qui s'orientaient vers cette formation. Pour la LAS, sur les enseignements majeurs et mineurs, il n'est pas retrouvé d'enseignement spécifique. Ce changement a-t-il un impact sur les prérequis attendus au sein des IFMK ? Aucune recherche n'a été menée dans ce sens. Les récits récupérés lors des entretiens avant cette réforme, sont-ils toujours d'actualité ? Le public concerné sera scolarisé pour la rentrée de septembre 2021. Mon sujet reposant sur la formation initiale en institut de formation en massokinésithérapie (IFMK), et après accord de ma directrice de thèse, un retour sur le terrain n'est pas envisagé.

Nous compléterons ces premiers propos par la méthodologie de recherche employée.

La revue de littérature conforte tout l'intérêt de cette recherche qui repose sur un axe non exploré : la construction identitaire des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie, formation initiale devenue universitaire depuis 2015. Ce changement de paradigme, de philosophie et d'enseignement sont-ils des points forts, facilitateurs de la construction identitaire, ou sont-ils des points annexes, avec peu ou sans impact sur cette construction ?

De très nombreux écrits sont retrouvés sur les thématiques d'universitarisation, de professionnalisation, d'autonomie ou d'indépendance. Des mémoires de recherche en IFMK, des M2 R, des thèses, et d'articles dans les revues spécifiques à ce métier⁵³ enrichissent le développement de ce métier. Ces écrits, pour être validés comme écrits scientifiques, doivent être de la plume d'universitaires, ou de masseurs kinésithérapeutes « sur diplômés ». La Société Française de Physiothérapie⁵⁴ (SFP) a répertorié :

- Plus de 220 masseurs kinésithérapeutes titulaires d'un doctorat, dont certains officient comme maître de conférences, et pour certains, habilités à diriger des recherches (HDR), et un petit nombre d'entre eux comme Professeur des Universités (PU),
- Plusieurs centaines, titulaires de M2,
- Plusieurs milliers, titulaires de DU ou de DIU.

⁵³ Kiné-Actualité (KA), Kinésithérapie-la Revue, Kiné-Scientifique (KS), Kiné à Kiné, ActuKiné (AK). Kinéscope,

⁵⁴ Société Française de Physiothérapie (SFP), [Société Française de Physiothérapie - Accueil \(sfphysio.fr\)](http://www.sfphysio.fr)

L'universitarisation de la formation initiale des masseurs kinésithérapeutes a été étudiée par les prismes :

- Des diverses revendications des acteurs de ce métier,
- De l'intérêt de cette universitarisation,
- Des contenus de ces enseignements.

L'ensemble de ces recherches répond aux questionnements et positionnements de tous les acteurs concernés, de l'État jusqu'aux étudiants. Sur notre sujet de recherche, Goncalves⁵⁵ et All (2021) explorent un des bras de cette universitarisation en ciblant le public des formateurs. Dans leur conclusions ils notent : « *L'universitarisation est vue comme une opportunité pour faire évoluer la profession de MK [...] leur rapport à l'universitarisation est plutôt positif [...] les formateurs semblent utiliser le projet de l'IFMK pour répondre à leurs besoins de formation et éventuellement réaliser leurs propres projets de carrière, [...] La professionnalisation s'inscrit ainsi comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs en IFMK, entre un projet universitaire qui leur est propre, et un peu pour la formation* ». De ces propos, il est retrouvé un impact sur l'identité professionnelle de ces MK formateurs. Perez-Roux (2019)⁵⁶ rappelle « *que cette réforme a pour objet de transformer les conditions de formation des étudiants en intégrant une logique de professionnalisation* ». Cette professionnalisation estudiantine est corrélée à celle des formateurs, et plus largement à tous les acteurs de cette formation initiale.

Il se dégage deux concepts pour notre recherche : l'universitarisation et la professionnalisation, qui complèteront ceux de l'identité, de l'identité professionnelle et de l'université.

Notre objet trouve pleinement sa place. De notre posture d'enseignant de terrain, des diverses conversations entre collègues et étudiants, des divers entretiens, et de la revue de la littérature, certains points sur l'identité professionnelle ont été explorés, mais pas en rapport aux étudiants.

Notre problématique repose sur ce constat :

La tutelle universitaire sur la formation initiale des MK, pour être conforme aux directives européennes, en se confrontant à une ancienne formation initiale professionnelle, est un véritable défi pour celle-ci. Ces deux entités doivent s'accorder sur l'approche pédagogique proposée sans en perdre leurs propres identités pour développer une nouvelle identité professionnelle. Quel est le plus petit dénominateur commun qui pourrait diminuer les conflits retrouvés.

Notre question principale :

Les apports universitaires, en collaboration avec ceux dispensés au sein des différents IFMK, mettent-ils en avant une modification de l'identité professionnelle de ces futurs diplômés, passant d'une formation professionnelle à une formation universitaire, dans le contexte du processus d'universitarisation des formations initiales paramédicales ?

Notre écrit sera composé de cinq parties :

- 1- Première partie : Le contexte de la recherche, avec un rappel historique de cette formation initiale ;

⁵⁵ Goncalves P, et All, 2021, « *L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK* », Kinésithérapie la Revue, Vol 21-n°231, p-12-21,3/2021, p.20.

⁵⁶ Ibid., 4, p.197

- 2- Deuxième partie : Le cadre conceptuel : la formation initiale, l'université et l'universitarisation, la professionnalisation, l'identité et l'identité professionnelle, la problématique, et les hypothèses de recherche.
- 3- Troisième partie : La méthodologie de recherche choisie.
- 4- Quatrième partie : Résultats de la recherche, Interprétation et discussion autour des résultats obtenus
- 5- Conclusion et perspective

Première Partie

Contexte de la recherche

Introduction

Cibler le contexte de cette recherche nous conduit à faire une analyse rétrospective sur l'origine de ce métier. Nous ne pouvons pas le dissocier de la professionnalisation du monde médical et du métier d'infirmier.

C'est entre 5 000 et 3 000 av. J-C que trois civilisations (l'Égypte, la Mésopotamie, la Chine) formaient, appliquaient, transmettaient des notions et des pratiques médicales. Pour notre système médical français actuel, elle repose sur des fondements laissés plus tardivement par Hippocrate. Le long cheminement de la professionnalisation des médecins a profité de la révolution française pour asseoir définitivement sa légitimité élargie, et du contrôle sur d'autres intervenants du soin, les auxiliaires médicaux ou les paramédicaux. La révolution médicale aura lieu au XIXe siècle. Guillemain (2009)⁵⁷ « *les médecins au XIXe siècle sont en situation de profonde division professionnelle. Ils ont des statuts divers, certains sont officiers de santé d'autres sont docteurs en médecine. Ils sont concurrents entre eux, surtout en milieu urbain. Ils s'opposent scientifiquement et idéologiquement entre homéopathes, allopathes, vitalistes, humoristes, matérialistes et spiritualistes [...], La reconnaissance sociale dont ils jouissent est encore faible* ». Elle aura pour effets bénéfiques d'engager le groupe des infirmiers, des masseurs et des rééducateurs à se professionnaliser. Les avancées de la recherche médicale ont des retombées directes sur ces métiers, et pour notre groupe des MK, dès 1946. Les formations initiales s'ajustent en permanence, induisant des démarches thérapeutiques en perpétuels mouvements. Avec l'entrée de l'universitarisation de sa formation initiale, le corps des MK arrivera-t-il à sa propre autonomie sans aucune accointance avec celui de la médecine ?

1- Rappels historiques

Nous proposerons ce rappel historique sur les deux bras du terme Masseur Kinésithérapeute, en mettant en avant les points qui appuieront notre argumentaire de recherche. Après proposition de définition des termes développés, nous élargirons nos propos sur les espaces ou « le formé », ici l'étudiant en préparation de son choix en formation initiale de massokinésithérapie et l'étudiant lui-même. L'identité professionnelle est un des chapitres de sa propre identité personnelle.

⁵⁷ Guillemain H., 2009, « *Devenir médecin au XIXe siècle, Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque* », Annales de Bretagne et des Pays de l'ouest, 116-3/2009, Varia, Editeur Presses universitaires de Rennes, p.110

Nous rappelons, que c'est ce terme complexe qui a été choisi le 30 avril 1946. Le point d'entrée reposera sur les métiers paramédicaux. Nous retracerons l'origine de ces mots, puis une présentation des programmes de la formation initiale, depuis son origine à nos jours. Nous concluons sur ce qui nous a amené au contexte actuel de notre recherche.

Depuis son origine, le système de santé français est mono centré autour de la profession médicale. L'article 1^{er} de la loi du 30 novembre 1892⁵⁸ définit les principes de la médecine française : « *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examen subis dans un établissement supérieur d'état* ». Pour officier dans le respect de la loi, le médecin hospitalier civil ou militaire, comme de ville, s'appuiera sur les compétences des paramédicaux.

Pour notre recherche, nous exploiterons les données de notre revue de littérature, dont cinq écrits majeurs. Les auteurs sollicités sont : Les travaux d'Estradere Dominique-Joachim(1863,« *Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques* », 1863, Edition originale, Type thèse de 1863 en un volume), de Remondière Rémi (1996 à 2018), de Monet Jacques (1996 à 2018), et les thèses de Macron Alain (2016, « *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée* »), et de Brin Eric (2022, « *La profession de masseur-kinésithérapeute, évolution et perspectives* ») Nous en proposerons les points essentiels.

1-1 Les professions paramédicales.

Nous rappelons que ce métier appartient au monde médical avec un titre de « paramédical ». Le Larousse comme Le Robert qualifient ce mot comme adjectif, représentant une activité ou une action. Le Robert : paramédical, adjectif, « *qui concerne les activités annexes de la médecine* ». Ces annexes sont des tâches effectuées à titre dérogatoire. La prescription d'agir dans le domaine concerné, ici le soin, est réservée aux seuls professionnels médicaux (les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens). On parle de métiers paramédicaux, ou d'auxiliaires paramédicaux. Ce « groupe » professionnel englobe une trentaine de métiers, avec des certifications différentes, allant du métier d'aide-soignante à celui de masseur- kinésithérapeute. On y retrouve un sous groupe, celui des métiers de la rééducation, regroupant sept spécialités différentes : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. Ces 7 métiers constituent la nouvelle section CNU 91, d'origines et de certifications différentes à harmoniser.

Métier	Scolarité	Diplôme
Masseur-Kinésithérapeute	Une première année universitaire puis 4 années en IFMK	D.E (Grade Master), Niveau Bac+5
Orthophoniste	5 ans (choix Parcoursup) en centre de formation rattaché à une UFR de médecine	Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO), Niveau Bac+5 Grade Master
Pédicure-Podologue	3 ans (choix Parcoursup) en instituts	D.E (Grade Licence) Niveau Bac+3
Ergothérapeute	3 ans (choix Parcoursup) en instituts	D.E (Grade licence) Niveau Bac+3

⁵⁸ Loi du 30 novembre 1892, dite Chevandier, JORF no 326 du 1er décembre 1892, p. 5749, consulté à la BNF.

Psychomotricien	3 ans (choix Parcoursup) en instituts	D.E (Grade licence) Niveau Bac+3
Orthoptiste	3 ans (choix Parcoursup) en instituts de formation rattachés à une UFR de médecine	Certificat de Capacité d'Orthoptiste (CCO Orthoptiste)
Diététicien.	Bac +2 Bac+3	BTS diététique BUT - génie biologique spécialisation diététique

Tableau n°1 : 7 métiers de la rééducation, scolarité et diplôme

« Paramédical » n'est pas qu'attaché à une représentation de personne. Ce n'est que dans le langage courant qu'il devient nom commun.

L'objectif principal du regroupement de ces sept métiers au sein de la section 91⁵⁹, serait de proposer une formation initiale universitaire commune des sections de santé mono-appartenant⁶⁰. Cette universitarisation complexe, aura aussi comme objectif : « elle favorisera la production scientifique facilitera la gestion de carrière et l'identification des enseignants-chercheurs aujourd'hui disséminés dans d'autres disciplines⁶¹ ».

Pour Freidson⁶², les métiers paramédicaux sont plus « une réalité sociologique que technique ». Ils répondent à l'exclusivité du monde médical, qui utilise ces paramédicaux, sur des tâches prescrites. On retrouve là un des outils de contrôle que possède le monde médical sur les paramédicaux. Chapoulie⁶³ (1976) propose le terme de « *paraprofessions* » pour les métiers d'infirmières, d'aides soignantes,... Il ajoute que pour une meilleure reconnaissance professionnelle, ces paraprofessions se rapprochent du statut professionnel du monde médical en proposant « un *cursus de formation standard obligatoire, si possible à l'université ; invention ou découverte de contenus théoriques à enseigner aux élèves ; code déontologique écrit ; tendance à encourager la délivrance de licences et l'inscription aux registres en vue d'exercer un contrôle sur les autorisations de travail* ». Pour Monet⁶⁴ (2003), « Le métier paramédical consiste plus à assister le médecin qu'à le remplacer dans la tâche décisive que représentent le diagnostic et la prescription. Les métiers qui gravitent autour du médecin sont donc nécessairement voués à la subordination en matière d'autonomie et de responsabilité pour peu que leur travail garde un caractère médical ». Le champ d'intervention des MK en est défini.

Seul le corps médical est habilité à la prescription sous forme d'ordonnance. Ces prescriptions couvrent des champs très larges, allant des médicaments, des analyses complémentaires, des demandes d'interventions de paramédicaux, à l'expertise médicale. Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la prescription médicale est « le contrat de soins ou l'entente tacite entre un malade qui se confie et un médecin qui s'engage, quel que soit le statut du médecin ». Sous le regard des médecins, certains professionnels paramédicaux ont obtenu un droit de prescription

⁵⁹ [CNU - Sections CNU \(conseil-national-des-universites.fr\)](http://cnu-conseil-national-des-universites.fr), « Les sciences de la rééducation et de la réadaptation constituent un champ pluridisciplinaire, en lien avec une diversité de secteurs professionnels ».

⁶⁰ Ibid. 59, « Le caractère mono-appartenant de cette section signifie que le fait d'être rattaché à cette section confère un statut universitaire ».

⁶¹ [La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au CNU, avancée majeure pour la kinésithérapie – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes \(ordremk.fr\)](http://ordremk.fr)

⁶² Freidson E., 1985, « La profession médicale »

⁶³ Chapoulie J.M., 1976, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », 1976, Revue française de sociologie. XIV pp 86-114, p.88, p.92

⁶⁴ Ibid. 16, p.27

restreint. Par exemple, depuis le 14 janvier 2006, les MK peuvent prescrire aux patients certains dispositifs médicaux⁶⁵. Nous retrouvons des droits similaires pour le métier d'infirmier. Nous noterons que depuis la période du COVID, des compétences partagées de dépistages de ce virus ont été officialisées pour les MK, et les étudiants MK⁶⁶, complétant ainsi le groupe des médicaux et paramédicaux en capacité d'effectuer une action commune, ici le dépistage. Une formation préparatoire commune a été proposée. Nous assistons là à un changement de posture de ces professionnels. Zangerlu⁶⁷ (2003) citant Ardoïno, « *ils ont été agents, puis par l'universitarisation, et leur professionnalisation, Ils deviennent acteurs et auteurs de leurs formations, pour et par de la construction de leur métier* ». Ces notions sont un véritable changement de paradigme pour ces métiers.

À ce jour, il n'est pas retrouvé de terme pour qualifier ce corps de métier à venir. Il ne se retrouvera pas comme « médical ». Le métier de MK, par son universitarisation, devrait garder son adjectif de « paramédical ». Pour acter un changement de « classe professionnelle », une concertation devrait être initiée avec l'ensemble des acteurs concernés.

Dès la moitié du XIX^e siècle, le développement de la chirurgie exploratrice et réparatrice, l'installation de médecins en cabinets libéraux ont fait naître un nouveau groupe professionnel, les auxiliaires médicaux. Cette dénomination est-elle un des synonymes de « paramédical » ?

Pour le Larousse, ce mot est à la fois un nom commun et un adjectif, en fonction de son utilisation.

L'auxiliaire comme :

- Nom commun se définit par : « *Personne qui apporte sa collaboration, son aide à quelqu'un dans l'exécution d'un travail. Employé, ouvrier, manœuvre, etc., dont les services sont employés temporairement. Agent non titulaire de l'État, des collectivités locales et des établissements publics* »,
- Adjectif : « *Qui s'ajoute à quelque chose d'autre, momentanément ou accessoirement : service auxiliaire* ».

Dans la dernière version en vigueur du 8 septembre 2022⁶⁸ du code de la santé publique, le législateur français donne la liste complète de ces auxiliaires. On retrouve l'ensemble des métiers paramédicaux. Il est à noter que ce terme n'est employé directement que pour puéricultrice (auxiliaires de puériculture). Nous pouvons y ajouter, deux métiers loin du soin mais très proches de la qualité de vie de la personne, l'auxiliaire de vie sociale (AVS, plus retrouvée dans les écoles), et l'auxiliaire de vie.

⁶⁵ Droit de prescription du 9 janvier 2006, JO du 13 janvier 2006, applicable au 14 janvier 2006. Liste en annexe

⁶⁶ CNOMK, 16/09/2020, « Comme le demandait le Conseil national de l'ordre par la voix de sa présidente depuis plusieurs semaines, l'arrêté du 15 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé permet désormais aux kinésithérapeutes préalablement formés de réaliser les prélèvements d'échantillons biologiques pour l'examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par RT-PCR et continuer ainsi à jouer leur rôle dans l'effort collectif de lutte contre l'épidémie.

⁶⁷ Zangerlu M., 2003, « *Un modèle d'élaboration du sens en système de contextualisation. Une interprétation du processus de professionnalisation par altération identitaire* », 2003, GRESEC : « *les enjeux de l'information et de la communication* », 2003/1, Vol 2003, p.97-108, Sources Les Enjeux de l'information et de la communication > http://www.u-grenoble3.fr/les_enjeux « *Le triptyque « agent, acteur et auteur » et le concept d'autorisation posés par Ardoïno (1991) nous sont utiles ici : ces identités d'agent, d'acteur et d'auteur ne doivent pas être seulement entendues comme une succession d'états stables auxquels l'individu accéderait en fonction de son évolution intrinsèque, mais comme des postures qu'un formateur peut adopter selon les situations.* », p.8-9

⁶⁸ Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

Nous concluons que sous ces deux mots nous retrouvons deux cibles différentes. La première, pour le Larousse, avec le préfixe « *para : à côté de, entrant dans la composition de..* », comme faisant partie à part entière d'une proportion d'une entité unique et globale. Pour notre sujet, le MK est admis comme un des composants de l'identité médicale, et réciproquement. Pour le second, l'auxiliaire est une aide à consulter pour accomplir une tâche, en s'appuyant sur une ou des compétences partagées.

1-2 Le massage

1-2-1 Définition

L'outil informatique est devenu l'outil principal de recherche de définition remplaçant le dictionnaire. La première définition retrouvée via le moteur de recherche Microsoft Bing est :

- Nom masculin, singulier
- Action de masser, de presser, de manipuler les différentes parties du corps pour les assouplir et soulager les douleurs.

Aucune notion d'appartenance à un groupe professionnel n'est mise en avant. Cette définition est très large sans cibler un quelconque acte thérapeutique, à l'exception de la notion de douleur. Cette image informelle pouvant orienter la future identité « professionnelle ». Quelles images pouvons-nous visualiser ?

Le mot massage est rentré dans le dictionnaire Larousse en 1860, période où apparaissent les premières cures thermales, et l'application des nouvelles techniques médicales et chirurgicales.

La personne qui effectue des massages est appelée masseur ou masseuse. Ce terme est couramment employé dans le langage professionnel comme dans le langage courant. L'interprétation du terme masseuse peut laisser entrevoir une autre qualification. D'origine japonaise, via les Geishas, elle se rapproche du commerce du sexe.

Définition :

Pour le Larousse, le massage est un « *ensemble de techniques utilisant les mains (pétrissage, pressions, vibrations, etc.) et s'exerçant sur différentes parties du corps dans un dessein thérapeutique* ». Cette technique serait réservée à des professionnels du soin. Dans cette définition, il n'est pas fait notion de massage de bien-être.

D'origine multiple, ce mot n'est pas connu avec certitude. Il tire son étymologie du mot grec « massein » (presser dans les mains), de l'hébreu « mashesh » (palper), ou de l'arabe « matz » (frotter doucement) dont le sens est de palper, de pétrir, de presser légèrement.

Nous noterons qu'intuitivement ce geste est délivré par une ou deux mains, et pour certaines peuplades par les pieds ou les coudes (Inde, Chine), ou avec l'aide de matériaux, ou d'outils. L'utilisation des pierres chaudes est connue depuis l'antiquité. La médecine chinoise en décrira les modalités.

Monet⁶⁹ (2003) : « *En fait, le mot est officiellement admis au début du 19e siècle, il est appelé aussi « massement ».* Le Dr Forestier, médecin thermaliste de l'hôpital et de l'hospice évangélique à Aix-les

⁶⁹ Ibid. 16, p.55

Bains, assure que c'est après l'expédition en l'Égypte que le massage paraît avoir été rapporté à Aix en Savoie à l'époque de l'expédition de Bonaparte en 1799 ; le Dr J. Daquin rapporte l'emprunt de la méthode aux égyptiens qui à la sortie du bain frottaient tout le corps ».

Dans la vie courante, de nombreuses coutumes ancestrales de massage sont retrouvées. En Afrique et en Asie, le massage des bébés est encore effectué par les mains expertes des mamans, souvent avec l'apport de « crèmes ou d'huiles » artisanales. Aux USA, ce sont le barbier (ancêtre du coiffeur) ou le coiffeur qui utilisent cette technique. En Inde et Asie, le massage fait partie des gestes de la vie courante lors de la toilette, et de moments de détente. Nous rappellerons que Sigmund Freud massait les mains de certains de ces patients pour les détendre.

Hors cabinet de massokinésithérapie, le massage se retrouve dans des gestes courants par l'application de certaines pommades, de crèmes (sur prescription médicale, ou libres d'accès), d'huiles (solaires, bronzantes, etc.) et de parfum (Au début du XX^e siècle, la friction à l'Eau de Cologne était très rependue, remplaçant pour certains la toilette), ou à titre de plaisir.

Depuis de nombreuses années, les salons d'esthétiques proposent des séances de massage manuelles (visage) ou instrumentales (Palpé-Roulé via le matériel de chez LPG⁷⁰). Ces professionnelles (majoritairement des femmes) sont formées et valident des certifications reconnues (Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), Brevet Professionnel (BP, après le CAP), Baccalauréat professionnel (Bac Pro), Brevet de Technicien Supérieur (BTS) d'esthétique). Ces certifications positionnent ces professionnelles à des postes différents au sein de ces instituts de beauté. Les postes allant de la « simple exécutante » d'un soin de beauté, à la direction d'un centre. Cette répartition sociale se rapproche des représentations décrites par Ardoino (1991)⁷¹, d'agent, d'acteur et d'auteur. Les différentes techniques employées reposent plus sur de savoir-faire que sur des savoirs savants. Le niveau le plus élevé, ne correspond pas à celui du D.E des MK. Nous pouvons nous questionner sur cette différence. L'action thérapeutique du massage nécessite-t-elle une formation différente ? La notion d'une recherche de bien-être peut-elle être considérée comme une action thérapeutique ? Pour soulager certains maux, la médecine traditionnelle chinoise propose la méditation, la relaxation et le massage.

La loi de santé du 26 janvier 2016⁷² redéfinit le monopôle de cette pratique confirmé pour les MK tout en ciblant ses buts, ses objectifs et ses pratiques. Dans l'article R.4321-1 du code de la santé publique, le massage est défini comme « *toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus* ». Le terme « bien-être » est bien un domaine de compétence de ces professionnels. Par l'arrêté n° 910 du 29 juin 2021, La Cour de Cassation⁷³ en modifie l'application sur un point : « *les risques sanitaires qui résulteraient de la pratique des massages à finalité non thérapeutique par des personnes autres que des professionnels qualifiés ne sont pas avérés en l'état par les pièces produites et ne peuvent suffire à considérer que tout massage, quelle que soit sa finalité, serait un acte thérapeutique* ». La modification porte sur l'article exposé ci-dessus. La lecture et son application proposent : "*la compétence exclusive des masseurs-*

⁷⁰ Technique de massage instrumental, par compression d'un pli de peau par deux rouleaux tournant. LPG est une société privée, leader dans la conception de ces outils de massage.

⁷¹ Ardoino J., 1991, « *L'implication (183 bis)* », [ARDOINO Implication 1991.pdf](#), p.2

⁷² [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁷³ [Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 29 juin 2021, 20-83.294, Inédit - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

kinésithérapeutes est donc restreinte aux massages à but thérapeutique". Le massage non thérapeutique peut être pratiqué par tous. La justice positionne son délibéré sur un manque de preuves scientifiquement recevables. Nous pouvons nous questionner sur ce point. Des preuves recevables peuvent-elles être produites par la recherche universitaire ? Dans le cas positif, l'universitarisation de cette formation initiale, ouvrant les portes de l'université, pourrait en être un des acteurs principaux, et légitimise sa place.

- 1-2-2 De son origine à l'entrée du moyen âge

Les Indiens, et plus spécifiquement les Hindous, seraient les précurseurs de ces techniques. Le massage ayurvédique remonterait à plus de 6.000 ans. Signifiant « science de la vie », c'est un massage aux huiles permettant de réguler l'énergie pour retrouver son équilibre. C'est vers 1600 avant J.C., que des premiers écrits relatent les débuts de la « médecine ayurvédique ». Elle préconise des mouvements passifs (mouvements non réalisés par la personne elle-même mais par une tierce personne), des exercices corporels et de massage pour rester en « bonne santé » dont la transmission était orale, avec toutes les conséquences de déformations, d'interprétation et d'application⁷⁴.

On retrouve la naissance du massage chinois 5 000 ans avant par les techniques de réflexologie plantaire.

C'est vers 2 700 ans av. J-C en Chine, le massage dit "énergétique" rend « possible une libre circulation de l'énergie vitale, le Qi, dans tout le corps donnant santé et bien-être à celui qui le reçoit tout comme à celui qui le prodigue ». Bien que plus ancien, un développement et une recherche d'approfondissement de la Médecine traditionnelle chinoise (MTC) s'est développé sous le règne de l'empereur Qin Shi Huangdi de 259 à 210 avant J-C⁷⁵. Les occidentaux l'appellent également « massage taoïste ».

Sur un bas-relief, (Musée égyptien du Caire), datés 2 500 avant J-C, en Égypte ancienne, on retrouve des représentations de cette pratique. Sur une tombe d'Ankhamor (dont celui-ci-dessous) sont représentés 2 égyptiens se faisant masser une main, et un pied, par 2 hommes de couleur. La différenciation dessinée (écrite), entre le massé et le masseur, est-elle déjà un signe que cette technique était réservée à un groupe de personnes formées ? Mais comment ? Par qui ? Nous ne pouvons pas le savoir, et savoir si l'acte représenté ci-dessus est du domaine du confort, d'ordre thérapeutique, ou divinatoire.

⁷⁴ Extrait du « Dwivedi & Dwivedi (2007) - Sur le travail du chirurgien - Sushruta écrit (daté au environ du premier millénaire avant J.C.): « La principale voie de transmission du savoir au cours de cette période a été la tradition orale. La langue utilisée était le [sanskrit](#) - le sanskrit védique de cette période (2000-500 avant J.-C.). La plus authentique compilation de ses enseignements et de ses travaux est actuellement disponible dans un traité appelé Sushruta Samhita. Il contient 184 chapitres et la description de 1120 maladies, 700 plantes médicinales, 64 préparations de substances minérales et 57 préparations à base de substances animales. »

⁷⁵ Médecine traditionnelle chinoise - Wikipédia fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_traditionnelle_chinoise



Image n°1 : Bas relief, tombe d'Ankhamor 2500 avant J-C,

Ce que nous pouvons émettre comme hypothèse, c'est, qu'au regard de ces découvertes et de diverses représentations, écrites, dessinées, gravées, des peuples différents, ne se côtoyant pas, à l'exception des commerçants, appliquaient des techniques similaires (massages). Le côté spontané de ces gestes était commun à tous, et la notion du groupe, pour effectuer ces techniques devait exister. Les déplacements, les échanges, le contact avec d'autres groupes, d'autres ethnies, d'autres langages étaient dangereux, et ne favorisaient pas une prise en charge par une autre identité que celle du groupe référent. Existait-il des « commerçants » spécialisés dans le massage ? Un corps de métier sans frontières existait-il ?

L'antiquité marque la culture occidentale, en posant les fondements de la médecine actuelle (pour pouvoir exercer son art, le médecin français, après obtention de son diplôme, prête serment : le serment d'Hippocrate). Celui-ci est considéré comme le principe de base de la déontologie médicale). Le massage trouve une place importante. La transmission des connaissances est orale, basée sur la pratique. C'est l'apogée de la théorie des « humeurs ». Pour le massage, des premières notions « scientifiques » sont retrouvées. Hippocrate soutenait : « *que les manœuvres de massage devaient être effectuées en direction du cœur et non vers les pieds* », réflexion étonnante pour l'époque, où on ne connaissait pas le système de la circulation du sang, les cours de dissection n'existaient pas. La seule approche ne pouvait se faire que sur des corps morts. La relation avec ce dernier était détachée aux dieux qui devaient le recevoir dans « *l'état du dernier souffle* ». La relation avec la préparation des corps morts, était réservée à des tierces personnes capables de préparer des embaumements, des crémations, des cérémonies, d'où toutes notions « de dissection anatomique leur restaient dévouées ». Certains orateurs pouvaient s'approprier ces pratiques pour les inclure dans un enseignement. La transmission était orale, basée sur le vécu du soin, mais très loin d'une anatomie fonctionnelle du vivant. Les livres comme support de témoignage et de transmission des savoirs, n'existaient pas, ou très peu. La langue de l'époque, le grec (ancien), puis le latin, devenues des langues mortes aujourd'hui, ont porté des traductions différentes. La confrontation aux autres langues, pouvait comporter de vagues interprétations, ne facilitant pas la transmission de ces savoirs, et de ces pratiques. Il est retrouvé sur ces « *connaissances médicales enseignées par Hippocrate* » de nombreux écrits à distance, et traduit : « *Le médecin doit posséder l'expérience de beaucoup de choses, et entre autres celle du massage Il convient de masser l'épaule dans cet état avec des mains douces et dans tous les cas avec ménagement. On communiquera des mouvements à*

*l'articulation avec violence, mais autant que cela se pourra sans douleur*⁷⁶ ». Au travers de ceux d'Aristote (IV^e siècle av. J.-C.), de la Sodua du X^e siècle après J.-C. et des ouvrages de Jean Tzétzès rédigés au XII^e siècle, (Hippocrate mourut vers 370 av. J.C), les paroles et enseignements portés ne se retrouvent que sur des écritures indirectes, et loin du discours primaire (Au moyen âge, la retranscription était faite par des moines copistes, maîtrisant plusieurs langues, comme le Latin, le Grecque, et plus tardivement le François parlé et écrit). Les traductions peuvent engendrer des interprétations différentes en fonction des cultures et des religions.

Ci-dessous, ce bas-relief, d'un temple grec, daté aux alentours de 2500 ans avant J-C, représente Asclépios⁷⁷ (dieu de la médecine antique) effectuant un massage cervical ou un étirement de la charnière cervico-dorsale. Celui-ci laisse une trace d'un geste conceptualisé et, pour l'époque, d'origine divine, dont l'efficacité ne peut être remise en cause.



Image n°2 :
Bas-relief temple grec.
Reproduction visible au
Musée de l'Acropole
d'Athènes

Une place importante, dans la civilisation romaine, était destinée aux thermes. On venait se faire masser et apprécier les bienfaits des eaux thermales, des eaux chaudes, et froides, couplées aux activités physiques. Ces lieux où la société romaine venait discuter, étaient théoriquement ouverts à tous. Ils étaient considérés comme des annexes du Sénat. On retrouve ce même principe des termes dans les pays arabes, vers l'an 600. Le hammam serait apparu lors du déclin de l'empire romain, sur des infrastructures plus petites, plus orientées vers le massage et les bains, que sur l'exercice physique. Il était un lieu très fréquenté et un « *lieu de propagande de la religion islamique* ». L'officialisation aurait été instillée par le prophète Mahomet, avec un « triste » début de disparition de toutes traces des connaissances passées (*Quand les Arabes prirent la ville d'Alexandrie en le 17 septembre 642, on dit qu'ils se servirent de parchemins et de papyrus de la fabuleuse bibliothèque de Ptolémée pour chauffer les bains publics pendant 6 mois. Plus de 700 000 ouvrages y furent brûlés*).

Au début de la chrétienté, les thermes romains étaient connus comme lieux de luxures, de débauches de toutes sortes. Le manque d'hygiène, de débauches sexuelles ont fait croître des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses illégitimes, des viols, des assassinats. La chute

⁷⁶ [Du Massage par Estradère, 1863, 1ère édition \(cfdrm.fr\)](#), Estradère J, « *Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques* », 1863, Edition originale, Type thèse de 1863 en un volume, version en ligne [Du Massage ; son historique ; ses manipulations, ses effets physiologiques ... - J. Estradère - Google Livres](#), p.11

⁷⁷ Asclépios ou Asclépiade de Bithynie, vers 124-40 av. J.-C, préconise le massage, le régime, l'exercice physique et les bains pour être en .bonne santé

de l'empire romain signera la chute des thermes. L'église catholique prenant son essor, condamne ces lieux de débauches et de dérives. Les thermes sont soit fermés, soit remplacés par des étuves, utilisées strictement pour la toilette, sous étroite surveillance. Il n'existe que très peu de traces écrites de la pratique du massage. Le livre n'existait pas. Les représentations se retrouvent sur des sculptures, des mosaïques, des « tableaux » ou de recueils (ex : le Kamasutra écrit entre le VI^e et VII^e siècle). Les rouleaux d'écritures retrouvés sur l'ensemble de la planète ne mentionnent pas ces pratiques.

Enfin et à la charnière de deux époques, de deux cultures et de deux continents, Avicenne⁷⁸ enrichi les techniques du massage. Le massage devait « *dispenser les matières usées trouvées dans les muscles et non expulsées par l'exercice* ».

- 1-2-3 De la fin de l'antiquité au début de l'âge industriel

Au Moyen Âge, l'espérance de vie ne dépassait pas les 35 ans pour les hommes et de 27 ans pour les femmes (souvent décès lors d'un accouchement), la mortalité infantile était élevée. Les soins apportés à cette époque, restaient sous le regard de la religion. L'édit de Julien (362) officialise la relation entre sciences médicales-le christianisme et l'origine biblique⁷⁹, ce qui aura pour conséquence la disparition de la médecine judaïque, et une pratique médicale devant respecter la loi chrétienne, interdisant toutes pratiques corporelles dont le massage. La création des premières universités, en France (Montpellier en 1220 et Paris en 1253) n'apportera que peu sur l'épanouissement des connaissances médicales⁸⁰ du massage. Le monde médical se met en place. Il devient le seul maître de ses formations, de ses pratiques, et de ses connaissances.

Lors de la découverte des îles du Pacifique (1722-1785)⁸¹ il est rapporté, par les premiers explorateurs, d'anciennes pratiques ancestrales du massage Maori (sous le nom de « Lomi Lomi », ou « Romee »).

C'est en 1440, avec l'invention de l'imprimerie, qu'une grande révolution de distribution des savoirs va s'opérer. L'écrit remplacera l'oral, ou les écrits des moines copistes. Une iconographie est souvent retrouvée, même si l'accès au corps reste tabou. Ce n'est qu'en 1517 que la première dissection humaine a été effectuée à Strasbourg⁸² sous la direction de Wendelin Hock von Brackenaw, docteur en médecine. Les premières planches anatomiques sont réalisées⁸³. Remilleux (2018), « *Des dessins furent réalisés par Hans Wechtlin, élève de Hans Holbein le Vieux. Une feuille volante, avec une illustration gravée sur bois reproduisant les observations de cette dissection, fut imprimée la même année par l'imprimeur strasbourgeois Johann Schott. Il pourrait s'agir de la plus ancienne figure anatomique publiée ayant été dessinée directement d'après nature* ».

⁷⁸ Avicenne, médecin arabe, 980-1037, va influencer la médecine jusqu'au XVI^e siècle avec son ouvrage : « Le Canon de la médecine », 5 livres. Cette « encyclopédie » regroupe les détails des médecines grecque, indienne et musulmane, traduction latine par Gérard de Crémone (1114-1187)

⁷⁹ Minois G., 1990, « *L'église et la science, histoire d'un malentendu. De Saint Augustin à Galilée* », Edition Fayard, p.88 à 93,

⁸⁰ Adam Ph. Herzlich C., 2017, « Sociologie de la maladie et de la médecine », édition Armand Colin, p.27-28

⁸¹ Cook J., 1785, « *Troisième voyage de Cook ou voyage à l'océan Pacifique* (ED 1785), consulté à la BNF, « James Cook a bénéficié d'un massage « romeo » pour soulager des douleurs du bas du dos (sciatique).

⁸² Le Minor J.M., 2017, « *La première dissection humaine officielle à Strasbourg en 1517 : à l'occasion du 500^e anniversaire* », 12/2017, institut d'anatomie, faculté de médecine, Strasbourg, Morphologie, Vol : 101, Issus 335, p.181-182, p.181

⁸³ Remilleux M., 2018, « *L'anatomie hier et aujourd'hui...quelle histoire !* », 8-03-2018, Elsevier,

Pendant cette période, les croisades mettent en contact les peuples « européens » (Anglais, Français, Espagnol, Italiens) avec ceux de l'empire Ottoman, et Musulman. La découverte des hammams et des harems confortera les dirigeants catholiques dans leurs décisions de bannir le massage. Ces contacts devaient apporter des connaissances nouvelles sur le monde médical. La position de l'église catholique reste un frein à son évolution. Les apports et les confrontations avec une autre prise en charge de la maladie n'en seront que plus enrichissants, sans hiérarchisation de savoirs⁸⁴. Le massage est totalement proscrit. Il se retrouve dans certains chants des troubadours comme pratique sexuelle.

Une approche différente est retrouvée au Japon. Puis, elle sera développée dans de nombreux pays asiatiques, et qui perdure aujourd'hui. Elle relate un fait historique. Vers la fin du IXe siècle, la naissance d'un fils aveugle de l'empereur Kokan Tenno apporta des conséquences inattendues sur 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* ». Mais au-delà de cette particularité régionale, le massage et les techniques manuelles restent dans nombre de pays d'Asie comme la base de la « médecine ». C'est notamment le cas en Chine et en Thaïlande.⁸⁵

Nous retrouvons dans certains ouvrages de la Renaissance, souvent des traductions des grecques, la description et l'emploi thérapeutique du massage, dont le prestige était peut-être dû au succès qu'il jouissait auprès des personnages royaux. C'est une toute petite partie de la population française qui avait accès à une hygiène « convenable ». Les bains d'eau chaude étaient réservés à très peu de personnes. Lors de ces bains, peut-on considérer que la friction de savon à base d'huile d'olive est assimilable à un massage ? Suite aux fermetures des bains romains il est noté que « *Néanmoins, les bains comportent en eux la dynamique du massage, longtemps dans l'histoire l'on en a eu des serviteurs, des "gens" qui s'occupaient de vous. La préparation des bains tout comme la cuisine, le lavage du linge ou la confection des vêtements nécessitaient beaucoup de mains-d'œuvre. Il est donc assez naturel qu'à la suite du bain le massage se soit immiscé avec davantage de discrétion qu'au paravent mais avec tout autant d'évidence jusqu'à ce que le puritanisme fasse son travail de sape*⁸⁶ ».

Jusqu'au début de l'ère industrielle la pratique du massage, ses représentations, ou ses écrits ne sont que très peu retrouvés. Des traductions, des analyses de textes anciens, et de rapports de guerre en proposent quelques interprétations.

Au sein des facultés de médecine, les cours d'anatomie ouvrent des connaissances non exploitées, freinées par la prédominance religieuse sur cette matière. En 1363 est publié le premier traité de chirurgie médicale, par Guy de Chauliac chanoine (1298-1368), traité écrit par un médecin, alors que cette spécialité était réservée aux Barbiers. Cette orientation de chirurgie médicale ouvre les portes

⁸⁴ Moulin A., 2010 « *Le médecin du prince. Voyage à travers les cultures* », édition Odile Jacob, p13 : "*Nous ne devons pas rougir d'accueillir la vérité d'où qu'elle vienne, disait le philosophe arabe Al-Kindi, à Bagdad au IXème siècle, même si elle vient de peuples différents de nous, et de nations différentes de nous.* », p.

⁸⁵ « *Le référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO)* », 2012, parut le 12/12/2012, collectif d'auteurs, p.10-11

⁸⁶ Centre Français de Documentation et de Recherche sur les Massages (CFDRM), [Site officiel du CFDRM](#)

aux interventions à visées médicales exploratoires, complétant la chirurgie réparatrice. Elles engendrent des soins et peuvent laisser penser que la recherche d'un rétablissement rapide du patient (les nobles et les soldats) pouvait passer par des différentes techniques (dont le massage d'onguents à base de plantes médicinales) ou d'aides (techniques, ou de personnes).

En 1564, Ambroise Paré⁸⁷, reconnu comme chirurgien et anatomiste, proposait des soins dans certaines pathologies, par des techniques manuelles (massage et mobilisation).

Cette longue période n'est pas propice au toucher et au massage, mais réservée aux soirées galantes et à la prostitution. L'église interdisant toutes ces pratiques, et indirectement tout écrit, le massage devra attendre la révolution française pour retrouver un état respectable.

La transition avec l'ère industrielle se fera brutalement. Les séquelles de la Révolution française, les grandes guerres européennes, les débuts des courants hygiénistes, la naissance d'un nouveau monde et des diverses classes sociales, vont appuyer le rôle prédominant d'une médecine à la recherche de sa place dans cette nouvelle société.

- 1-2-4 : De l'âge industriel à 1946

Historiquement, le début de l'âge industriel serait vers 1780, avec la création de la première machine à vapeur de James Watt, qui accompagnera les changements sociétaux : naissance du monde ouvrier, déclin du monde paysan, émergence d'une bourgeoisie industrielle et création des classes sociales. Cette pensée sociétale n'est plus divine, et n'est plus relayée par une monarchie, mais par un recentrage de l'humain et sur sa destinée. Karl Marx, « *Ce n'est pas la conscience des hommes qui détermine leur existence, c'est au contraire leur existence sociale qui détermine leur conscience* ». Ce changement de paradigme permet l'évolution des idées. Les frontières de la recherche tombent et s'élargissent. La santé redevient, au même niveau que l'instruction nationale, un des axes majeurs de ces nouvelles sociétés. C'est dans ce contexte que renaît le massage.

La création de la Société Royale de Médecine (1778), l'accroissement des hôpitaux, la réforme des études médicale, l'arrivée de l'ère industrielle, les facilités de production de nouvelles thérapeutiques (En 1796, Édouard Jenner crée le premier vaccin, suivi par Louis Pasteur), la création d'outils innovants (1816, René Laennec crée le premier Stéthoscope) peuvent être considérée comme des débuts de la politique de santé moderne. Parallèlement, et du fait des déplacements facilités, plus courts, mieux sécurisés, et de nombreux échanges, on retrouve :

- Au Royaume-Uni, John Grosvenor (1742-1823), chirurgien et professeur de médecine, démontre l'efficacité du massage (dans les raideurs articulaires, la goutte et les rhumatismes) ;
- En Amérique du Nord, George Taylor (1821-1896) et son frère Charles (1826-1899), se rendent en Europe pour étudier les techniques de massage et les rapporter (ils sont les plus connus des initiateurs du massage aux États Unis),
- En Suède, le physiologiste Per Heinrich Ling (1776-1839), est considéré comme le père de la gymnastique suédoise, de laquelle s'inspire le massage suédois (1812)

⁸⁷ Paré A., 1564, « *Du mouvement et repos* ». Les œuvres A. Paré (1509) Paris : Buon G 1709, (le premier livre de la chirurgie, chapitre XVIII, p. XXII)

- Et plus tardivement en 1956, la Chine, pour reconnaître la légitimité du massage chinois ancestral, l'Académie de Massage Chinois Traditionnel (AMCT) est créée. À partir de 1974, on retrouve des départements hospitaliers de massage chinois sur tout le territoire.

Ce n'est, pour la France, qu'à la fin du XVIII^e siècle que la médecine peut proposer une autre approche que celle apportée par les guérisseurs, les rebouteux, voire les charlatans. On retrouve parallèlement, le retour du massage et du mouvement comme action de soin, sous la dominance médicale. Friedrich Hoffmann⁸⁸, fondateur de la médecine moderne revenue à la simplicité, décrit que : « *le mouvement et le massage sont les meilleurs traitements pour le corps* ». On peut estimer que vers 1880 avec Lucas Championnière, en France, le massage et la mobilisation réussissent à s'imposer dans le monde médical.⁸⁹ Pehr Henrik Ling (1776-1839), père de la gymnastique suédoise, mais non médecin, édifia la gymnastique des anciens sur des bases scientifiques.

La thèse du Dr Jean Dominique Estradere⁹⁰ (1863), fonde les premières théories sur le massage ou 2 options sont proposées : massage hygiénique, massage thérapeutique, et en présente un premier outil de diagnostic et thérapeutique enseigné à la faculté de médecine de Paris.

En moins d'un siècle, ce terme massage, sa pratique, sa reconnaissance vont faire d'énormes progrès. Une riche bibliographie est disponible. Pour Estradere⁹¹ (1863) : « *il a fallu arriver à ces mois derniers pour voir M. Meding écrire (Gazette des hôpitaux, 1862, n°92) : « Ce mot (massage) comprend aujourd'hui trop, et est si mal compris et exécuté dans tous les bains qu'il ne dit plus rien, et il faudra désormais scinder le massage dans ses différents temps pour en déterminer l'effet* ». Monet (2009)⁹², « *En 1891, des expérimentations en laboratoire réalisées par André Castex sur des animaux soumis à des traumatismes, viennent appuyer le bien-fondé de ces pratiques. L'intérêt de la méthode s'appuie notamment sur le diagnostic massothérapeutique qui doit conférer au massage un ancrage plus fort auprès du corps médical, prudent devant le procédé* ». Et en 1895, « *Lucas-Championnière, membre de l'Académie de médecine et propriétaire du Journal de médecine et de chirurgie pratique, préside la Société de chirurgie lorsqu'il publie en 1895 Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. Cet ouvrage est le premier ouvrage pratique de massage appliqué au traitement des fractures « le mouvement c'est la vie* ». Nous pouvons considérer que c'est autour de ces dates que le mot et la fonction massage sont validés scientifiquement en France.

L'ensemble de ces recherches est issu du monde médical. Estradere (1863)⁹³ « *bien que de nos jours encore les médecins les plus distingués de Paris ordonnent très souvent le massage, celui-ci n'en est pas moins encore sous le domaine de l'empirisme, et cela parce que les médecins se contentent d'en indiquer les résultats thérapeutiques, sans interroger la physiologie et l'anatomie pour leur en demander raison* ». Mais celle-ci ne demande qu'à être explorée.

⁸⁸ Friedrich Hoffmann⁸⁸ (1660-1742), fondateur de la médecine moderne revenue à la simplicité, décrit dans ses écrits (dissertation physico-medicae, 1708, 6^eme chapitre du premier volume), tiré des propos de Joseph Schreiber Paris Octave Doin Ed., 1884

⁸⁹ Championnière L., « *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation.* » par le Docteur Just Lucas-Championnière

⁹⁰ Ibid. 66, p.25

⁹¹ Estradere J., 1863, « *Du massage, son histoire, ses effets physiologiques et thérapeutiques* », Edition originale, PDF en ligne, [These-Du-massage-Estradere-1863.pdf \(cfdrm.fr\)](#), p.8

⁹² Monet J., 2009, « *La naissance de la kinésithérapie* », Rhumatologie Pratique, p.44

⁹³ Ibid. 88, p.22-23

Nous rappelons que sous la révolution française les facultés de médecine et les universités ont été supprimées⁹⁴. Le retour des pratiques ancestrales du rebouteux aux magnétiseurs comme des néo-médecins plonge le monde médical dans des pratiques non validées. Rapidement, pour « calmer » le peuple révolutionnaire, et les besoins grandissants des blessés de guerre, le décret du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) officialise l'ouverture des écoles de santé. La loi du 10 mars 1803, redonnant une place moins prestigieuse aux futurs médecins et des chirurgiens. Monet⁹⁵ (2003) : « *La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) régleme l'exercice de l'art de guérir qu'elle réserve aux docteurs en médecine et en chirurgie, diplômés d'une École nationale, ayant satisfait à des examens prescrits et soutenus une thèse. Les docteurs peuvent exercer la médecine et la chirurgie sur le territoire de toutes les communes de la République. Mais le diplôme n'est pas unique, au-dessous des docteurs sont placés les officiers de santé* ». La posture du médecin, libre en est bouleversée. Il faudra attendre la loi du 30 novembre 1892 pour que ces derniers retrouvent la place d'avant la révolution. Celle-ci perdure de nos jours. Faure⁹⁶ (1994) conforte ces propos : « *grâce à des stratégies professionnelles et sociales extrêmement habiles, appuyées par des relais politiques efficaces et couronnées ensuite par un savoir scientifique doublé d'une efficacité thérapeutique très relative* », et, « *Le médecin acquiert une position dominante « grâce à des stratégies professionnelles et sociales extrêmement habiles, appuyées par des relais politiques efficaces et couronnées ensuite par un savoir scientifique doublé d'une efficacité thérapeutique très relative* ». C'est à la fin du XIX^e siècle que l'hôpital devient le lieu d'apprentissage de la médecine. De très nombreux médecins ouvrent des cabinets de ville, et pour certains à la campagne. La professionnalisation de ce corps de métier s'enrichira d'un code de déontologie bien avant la création de son ordre. Pouillard (2004), « *le 9 avril 1929, [...] soit soumise aussi rapidement que possible au vote du Parlement la création de l'Ordre des Médecins qui contribuerait à conserver à la pratique médicale son caractère de profession libérale, indispensable à l'intérêt des malades..., seule, une profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité... et que soit donné régulièrement dans toutes les facultés un enseignement de déontologie, obligatoire pour les étudiants de 1ère et 2ème année* », vœux d'ailleurs confirmé le 11 juin 1929... ». Cela permettra aussi la régulation des tarifs pratiqués, certains patients réglant la consultation en nature (vin, poulets, etc.). En fonction de son lieu d'exercice, et de sa « spécialité », les revenus varient de un à sept⁹⁷. Ce n'est que le 7 octobre 1940, que sera créé l'ordre des médecins, et son code de déontologie.

- Le médecin et les infirmières masseuses

En retrouvant sa place dominante, la profession médicale recentre ces actions. Elle contrôle sa formation comme celles des auxiliaires médicaux, dont les infirmières. Elle participe activement à la division du travail, se gardant le noble rôle de « diagnostiqueur-guérisseur-divin » détachant l'action du soin aux paraprofessions. C'est à partir du métier d'infirmier qu'est né le métier de masseur et de masseurs médicaux. Une des conséquences de cette reconnaissance des compétences propres aux

⁹⁴ Le décret du 2 mars 1791 a aboli maîtrises et jurandes dont celles des chirurgiens, les corporations cessent d'exister. Le décret du 7 germinal an II (18 août 1792), en supprimant les congrégations et les communautés laïques ou religieuses, amena la dissolution des facultés de médecine qui devint effective en septembre 1793.

⁹⁵ Ibid. 16, p.95

⁹⁶ Faure O, 1994, « pour l'histoire de la médecine. Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », Presse universitaire de Rennes, consulté sur OpenEdition Books, [Pour l'histoire de la médecine - Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé - Presses universitaires de Rennes \(openedition.org\)](https://www.openedition.org/60900), p.59-69, p. 62,64

⁹⁷ Faure O, 1999, « histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècle », Col : Historiques, Edi : Economica Anthropos, p.102

infirmiers, est le positionnement sur une double tutelle : le corps médical et le corps des infirmiers. En 1924 naît le premier syndicat professionnel des infirmiers-masseurs, actant officiellement la délégation de tâches dédiées.

Le groupe professionnel des infirmières françaises, accompagné du Docteur Bourneville⁹⁸ (médecin militaire), s'appuiera sur le modèle anglo-saxon porté par Florence Nightingale⁹⁹ pour s'émanciper partiellement du corps médical. Il ouvre en 1878, la première école municipale d'infirmières à la Salpêtrière. Le décret du 27 juin 1922¹⁰⁰ le brevet de capacité professionnelle de masseur infirmier, est voté et acte la création du diplôme d'état d'infirmière, ainsi que la création d'écoles privées et publiques, là où se trouve une faculté de médecine, sous l'impulsion de Léonie Chaptal¹⁰¹. Puis en janvier 1924, le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières officialise que les infirmiers masseurs peuvent être reconnus sur deux identités professionnelles : infirmier soignant et masseur professionnel. Ensuite, par l'arrêté du 28 février 1924, s'appuyant sur celui du 27 juin 1922, les écoles de massage peuvent dorénavant préparer les étudiants aux D.E d'infirmier masseur, et d'infirmier masseur aveugle. Le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, estime que le titre d'infirmier-masseur au même titre que masseur aveugle est suffisant : « [...] *l'ajout du mot infirmier à masseur n'est pas pour étendre la compétence des masseurs, mais au contraire pour la limiter [...]*¹⁰² ». Cette fragmentation des tâches est un des outils maîtrisés par le monde médical pour contrôler les paraprofessions médicales.

Des arrêtés successifs valideront les modalités de cette formation, le niveau d'étude obtenu, le cadre déontologique et réglementaire de sa pratique.

Nous retrouverons ce groupe professionnel lors de la création du métier de MK en 1946. Le processus de professionnalisation de ce métier a abouti à la création du sous-groupe professionnel des aides-soignantes en 1949, sur le même modèle que celui entre les médecins et les infirmiers. Nous trouvons dans cette division de répartitions des tâches la notion de « sale boulot » explorée par Hugues¹⁰³. Il propose pour la profession médicale un échelonnage plus fin de délégations de tâches du médecin vers l'infirmière, de l'infirmière vers l'aide-soignante et de l'aide-soignante vers la femme de service ou de ménage. À ce jour, on retrouve cette délégation de tâches dans les hôpitaux, les cliniques françaises, dans les services de soin en hospitalisation à domicile (HAD), et dans le monde libéral du soin.

Le groupe masseur infirmier n'existe plus. Cette pratique est-elle retrouvée comme une des compétences partagées avec le métier de MK ? L'entrée en formation initiale en soin infirmier, peut être possible pour le MK D.E. L'équivalence de ce D.E, valide l'ensemble des UE, et des compétences attendues sur la première année de formation en Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI)¹⁰⁴. Il n'est pas retrouvé de module d'enseignement aux massages dans la formation initiale en IFSI. Mais nous notons qu'un des axes principaux de cette formation repose sur la notion du « Care ». Pour

⁹⁸ Bourneville Désiré-Magloire, (1840-1909), docteur militaire, chirurgien-major du 160^e bataillon de la garde Nationale

⁹⁹ Nightingale Florence (1820-1910), infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes.

¹⁰⁰ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmière professionnelle, J.O 1^{er} juillet 1922, p.6880, consulté » à la BNF

¹⁰¹ Chaptal Léonie, (1873-1937), fondatrice d'œuvres sociales, et promotrice du métier d'infirmier (1938 D.E infirmier), présidente fondatrice de l'association nationale des infirmiers diplômés d'état.

¹⁰² Macron A., 2016, « *La profession de masseur-kinésithérapeute institué par la loi n°46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée* », 2016, Thèse soutenue le 17-10-2015, HAL Id : tel-01342656

¹⁰³ Lahire B., 2019, « *Everett C. Hughes, le regard sociologique. Essais sociologiques* », In: Annales. Histoire, Sciences Sociales. 53^e année, N. 2, 1998. pp. 425-429 ;

https://www.persee.fr/doc/ahess_03952649_1998_num_53_2_279672_t1_0425_0000_002, p.427

¹⁰⁴ [Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/arrêté-du-13-décembre-2018-modifiant-larrêté-du-31-juillet-2009-relatif-au-diplôme-détat-dinfirmier)

Noël-Hureaux¹⁰⁵, citant Molinier et All, le Care peut se définir comme : « *s'occuper de, faire attention, prendre soin, se soucier de* ». De nos entretiens et discussions informels (Carnet de notes) avec des cadres infirmiers impliqués dans la formation initiale en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), le massage est une des techniques que certains infirmiers maîtrisent pour détendre un patient (En soins psychiatriques, ou en soins palliatifs).

Lors de la création de ce groupe professionnel d'infirmier-masseur (lois et décrets de 1922-24-26), un sous groupe est créé pour une minorité d'infirmiers : les infirmiers masseurs aveugles. Leur formation initiale sera complétée par une année d'études spécialisées¹⁰⁶. La formation et les épreuves validantes seront adaptées à leur handicap. Nous retrouvons le même conflit identitaire que pour l'infirmier-masseur. Ce diplômé aveugle est-il infirmier ou masseur ? Ce groupe reconnu professionnellement est-il un sous groupe d'infirmiers à compétences spécifiques le massage, ou sont-ils des masseurs aveugles à compétences partagées comme infirmiers ? Ces questions ne seront pas explorées.

- Le médecin et les masseurs aveugles

Sur cette même période et en parallèle à la professionnalisation des infirmières, les « aveugles » sont reconnus comme des professionnels à part entière du massage et de la rééducation. Ils seront inclus dans les lois et décrets de 1924, 1926, 1927, 28 février 1928, lors de la création du syndicat des masseurs médicaux.

Nous pouvons nous questionner sur l'origine de ce groupe social des « handicapés » aveugles, ou des aveugles. La cécité est-elle un handicap ?

Pendant des siècles, les deux mots « aveugles » et « travail » ont été antinomiques. Au début de la révolution industrielle, le regard porté sur ce groupe évolue lentement, mais reste ancré sur des non connaissances des compétences que pourraient développer les aveugles. Weygand¹⁰⁷ citant le docteur Dumont, auteur d'un ouvrage sur les causes et les effets de la cécité, paru en 1856, définissait ainsi la cécité : « *La cécité est la privation ou l'abolition de la vue. Cette infirmité existe toutes les fois qu'il est impossible de se livrer à aucun travail pour peu que ce travail réclame le concours- si faible qu'il soit du sens de la vue* ». Les gestes de la vie courante sont-ils considérés comme une action de travail ?

Nous nous appuyons sur les travaux de Weygand (2003¹⁰⁸, 2008¹⁰⁹, 2009¹¹⁰) qui retrouve une origine de ce groupe au Moyen Âge : « *Au Moyen Âge, où se mettent en place un certain nombre de représentations concernant les personnes aveugles et où sont fondées les premières institutions destinées à leur venir en aide, la cécité est toujours perçue comme un signe, signe positif ou négatif,*

¹⁰⁵ Noël-Hureaux E., 2015, « *Le Care : un concept professionnel aux limites humaines ?* », Association de Recherche en Soins Infirmiers/« Recherche en soins infirmiers », 2015/3 n°122, p.7 à17, ISSN 0297-2964, DOI 10.3917/rsi.1220007

¹⁰⁶ Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, séance du 14 janvier 1924, consulté à la BNF

¹⁰⁷ Dumont G., 1989, « *Recherches statistiques sur les causes et les effets de la cécité* » Paris, Labé, 1856, pp. 8-9, cité par Weygand, *Les causes de la cécité et les soins oculaires en France au début du XIXe siècle (1800-1815)*, Paris, Ctnerhi , 1989, pp. 8-9.

¹⁰⁸ Weygand Z., 2003, « *Vivre sans voir. Les aveugles dans la société française du moyen âge eu siècle de Louis Braille* », Grane, Edition Créaphis.

¹⁰⁹ Weygand Z., 2008, « Les aveugles au travail. Des origines à l'émergence de nouveaux métiers à la fin du XIXe et au début du XXe siècle (sténographes, dactylographes, phono-dactylographes, téléphonistes). Editeur: Centre d'histoire des techniques et de l'environnement du Cnam (CDHTE-Cnam), Société des élèves du CDHTE-Cnam.

¹¹⁰ Weygand Z., 2009, « *Les aveugles dans la société française. Représentations et institutions du Moyen-âge au XIXe siècle*»,Éditions du Cerf | « *Revue d'éthique et de théologie morale* », 2009/HS n°256 | pages 65 à 85

selon l'origine sociale des personnes atteintes, depuis le roi Jean de Bohême, comte de Luxembourg, mort en héros à la bataille de Crécy (1346), jusqu'au pauvre bougre obligé de mendier son pain de maison en maison ou à la porte des églises et des monastères » (2009). Ce qui pourrait ressortir comme première reconnaissance datée de ce groupe particulier, est pour Weygand (2009) : « En particulier, dans l'esprit de pénitence qui suit l'échec de la Septième Croisade (1248-1254) et a une date que nous ne connaissons pas précisément, car la charte de fondation a été perdue, le bon roi Saint Louis fonde l'hôpital des Quinze-Vingts, destiné à accueillir une confrérie de trois cents (quinze fois vingt) pauvres aveugles de la cite de Paris ». Le principal travail accordé est la quête journalière d'argent et de nourriture. Ils sont accompagnés d'ecclésiastiques (des frères et des sœurs) et reversent la totalité de leur « récolte » à la congrégation. Cette posture sera comparée à un acte de mendicité par certains, mendicité qui était interdite et soumise à emprisonnement.

Dès son origine, ce groupe ne pouvait prétendre qu'à une vie sociale très limitée. Avant l'arrivée de l'ère industrielle, des premiers emplois, qui leur étaient réservés, leur permettaient tout juste de vivre au jour le jour. Souvent payés à la tâche ils officiaient dans la confection des brosses, dans la vannerie, le paillage et cannage de chaises, la conception de couronnes de perles, ou de nattes.

Dès le début de l'époque industrielle, de l'installation de l'électricité, du début de la bureaucratie, des places leur seront réservées comme sténographes, dactylographes, phono-dactylographes, téléphonistes, et accordeur-facteur de pianos¹¹¹. Puis, pour Macron (2016), « la formation de personnes aveugles ou malvoyantes au métier de masseur s'inscrit dans un processus de professionnalisation et fait suite à la triple nécessité de les instruire, de leur procurer du travail et de les soustraire à la mendicité ».

Le corps médical, en pleine autonomisation et de création de sa profession, délègue ses compétences de massage et de rééducation aux infirmières et à ce deuxième groupe, les aveugles. Sous l'impulsion de l'association Valentin Haüy¹¹² le groupe professionnel des masseurs aveugles s'organise. Des écoles de massage dirigées par un médecin ouvrent sur Paris, puis sur l'ensemble du territoire.

Cette pratique, pour ne pas être reconnue d'illégale, devra être validée par un diplôme issu de ces écoles. Les programmes, les enseignements et les évaluations seront sous la tutelle médicale. Le docteur Archambaud¹¹³ de l'École Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM), propose une formation limitée, « le masseur ne doit posséder aucune notion de médecine et surtout il doit bien garder de ne jamais parler de médecine avec ces malades ». Les études ne reposaient que sur les différentes techniques du massage.

La modernisation des moyens de transports (train, bateaux à vapeur) facilite les échanges. Le massage, comme pratique médicale, se retrouve dans l'ensemble des pays européens, des USA et de la Russie. Les différentes techniques s'en enrichissent. Dans le récit du Professeur Goustowsky¹¹⁴, « certaines sont importées du Japon, où une école de massage pour aveugle est ouverte à l'université ». Nous pouvons constater une professionnalisation européenne de ce nouveau groupe professionnel.

¹¹¹ Ibid. 108, « Un seul métier fait exception: celui d'accordeur-facteur de pianos, « officiellement » ouvert aux aveugles par la création d'une classe d'accord à l'Institution nationale de Paris en 1836. », p.89

¹¹² Valentin Haüy (1745-18822), est considéré comme le premier enseignant pour les aveugles et des mals voyants. Son association est créée en 1889, et est reconnue d'utilité publique en 1891. L'ensemble de ces actions sont tournées sur la valorisation et validation des compétences des aveugles pour leurs permettre d'avoir une vie sociale, une vie professionnelle.

¹¹³ Ibid., Monet, p.557, citant Archambaud, « des qualités d'un bon masseur », Archambaud La revue médicale,

¹¹⁴ Journal «Le Valentin Haüy », 27ème année, n°4, Avril 1909, p. 28.

Cet handicap visuel, qui avait cantonné ces personnes sur des métiers à faible reconnaissance, n'est pas un obstacle pour ces techniques. La pratique s'effectuant sur un corps dénudé, la cécité rassure la clientèle féminine et masculine. Pour éviter toutes confusions avec des pratiques non respectables du massage, il est retrouvé fréquemment dans la presse de l'époque des argumentaires pour le massage dispensé par les aveugles formés, « *Il faut redire ici toute la vérité ; le mot massage traînant dans les annonces de certains périodiques, cachant à peine sous ce vocable des invites à pratiques de maison publiques* ¹¹⁵ ».

Cette cécité est un argument de poids pour le monde médical qui accepte, comme avec les infirmières, l'officialisation d'une spécialité propre, tout en restant sous sa tutelle, de la formation, du diagnostic jusqu'à sa pratique. Propos confirmé par Thévenin (1909), « *Mais chose très importante, il faut qu'il reste bien convaincu qu'il ne sera jamais, pour si habile qu'il puisse devenir, que le déférent auxiliaire du médecin, agissant sous son contrôle et sous sa responsabilité* ». Monet¹¹⁶ (2003) citant Estradere ajoute : « *la nécessité, pour les médecins spécialistes intéressés par le massage, comme le note le Dr. PETIT, de recourir à des auxiliaires inconscients, de mains exécutrices de leurs prescriptions. Le masseur professionnel doit, s'il a l'avantage de posséder quelques notions médicales, s'abstenir rigoureusement de toute opinion personnelle sur la maladie du patient, il n'est qu'un exécuteur des ordres du médecin, ce que « le médecin a prescrit est chose sacrée, il doit l'exécuter ponctuellement sans commentaires ni en bien ni en mal. (Magister dixit) » 1884, Estradere* ».

La Première Guerre mondiale, véritable choc pour le monde médical, est malheureusement une étape importante de la création de ce groupe de professionnels. Les aveugles étaient les seuls à pouvoir accompagner les « gueules cassées » lors de prise en charge médicale, avec de bons résultats. Pour Macron¹¹⁷ (2015), « *la contribution de ces médecins et des masseurs dans la réadaptation des blessés de guerre pendant le conflit et les résultats qu'ils obtinrent (80 % de guérison, diminution de 30 % du taux d'invalidité, réduction des pensions militaires à vie) va être déterminante pour l'avenir de la profession* ».

Au regard des résultats obtenus, et ce jusqu'à la création de D.E en massokinésithérapie, ce groupe professionnel monte en compétences. Avec l'obtention du diplôme de masseur médical aveugle, ce groupe s'émancipe du corps des infirmières. Une nouvelle identité propre leur est reconnue. Cette nouvelle reconnaissance sociale leur permet de vivre plus dignement. Cette professionnalisation se conclura par leur inclusion lors de la création en 1946 du métier de MK. Nous rappelons que les infirmiers masseurs eux n'ont pas été systématiquement inclus¹¹⁸ dans cette nouvelle formation initiale en 1946, aboutissant au D.E de massokinésithérapie. Pour ne pas exclure des professionnels formés, des dérogations pouvaient être demandées. Une ancienneté de 3 ans sera demandée. Le CSK arbitra les demandes, en se référant à la loi du 30 avril 1946¹¹⁹. Ces dérogations perdureront jusqu'en 1960. Ces dérogations s'appliqueront aussi pour les professeurs de gymnastique médicale.

¹¹⁵ Revue des Masseurs kinésithérapeutes, Avril 1956, numéro spécial, p.11. Consulté à la BNF

¹¹⁶ Ibid.16; p.173

¹¹⁷ Ibid.102; p.14

¹¹⁸ Ibid., p.87, « *La loi du 30 avril 1946 en n'incluant pas les infirmiers et les infirmières dans les mesures permettant d'obtenir l'équivalence du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, toutes les demandes d'autorisation faites par les infirmiers et les infirmières furent rejetées, mêmes celles présentées en application de l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 par des infirmiers et des infirmières diplômés d'Etat pratiquant le massage médical depuis au moins 5 ans à la date du 15 janvier 1943 accompagnées par les attestations médicales nécessaires* »

¹¹⁹ Loi n°46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicurie. Titre 1^{er}, Art. 2, « *Ce diplôme sera délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle établi en application du décret du 27 juin 1922 ou de celui de masseur médical institué par*

Pouvons-nous en conclure que sur une compétence partagée, ici le massage, c'est le groupe professionnel des masseurs aveugles qui a été sélectionné au détriment de celui des infirmiers masseurs, mais sur quels critères ? Nous rappelons que la double identité, « d'infirmier-masseur » et la triple identité « d'infirmier-masseur-aveugle » génèrent des conflits identitaires et de positionnement pour ces professionnels. Le groupe des aveugles avait-il plus « d'appuis politiques » pour pouvoir prétendre à être sélectionné ? Y-a-t-il eu une priorisation sur le métier d'origine ? Ces infirmiers-masseurs se sont retrouvés inclus au sein du groupe des infirmiers à la sortie de la Seconde Guerre mondiale. Les demandes de soins ayant « explosé » ces infirmières se sont recentrées sur leur propre rôle premier, le soin infirmier.

Les 4 et 9 octobre 1945 acte la création de notre système de sécurité sociale actuel. L'appartenance de ces professionnels aveugles au groupe des MK naissant, officialise une vraie reconnaissance. Les soins dispensés seront pris en charge par ce nouveau régime.

- 1-2-5 De 1946 à nos jours

Nous pouvons noter, en introduction, que cette approche thérapeutique est accessible pour les non-voyants, dans la continuité de leur histoire et de la relation intime qu'ils avaient avec cette pratique. Ils peuvent suivre la formation initiale comme étudiants à part entière. La validation de leur D.E répond au même schéma de formation, alternant cours magistraux, cours de pratiques professionnelles, travaux pratiques, travaux dirigés, en alternance avec des stages sur le terrain. Le même niveau d'exigence est attendu pour valider le D.E. Le massage devient une matière à part entière de cette formation. Les compétences de ces professionnels vont s'enrichir de l'ensemble des thérapeutiques de la rééducation.

Le massage devient une des actions thérapeutiques du catalogue mis à disposition pour les MK. Il entre dans le programme de formation¹²⁰ en 1946, dès la première année d'étude (E-Massage (1^{ère} année=125 heures)) et en deuxième année sous le chapitre : Massothérapie¹²¹. Cet enseignement par matière, disparaît lors de la réingénierie de la formation initiale à la rentrée de septembre 2015 au profit de la validation de compétences. Le massage devient une action thérapeutique transversale. Nous rappelons que cette technique était le monopole des MK (article R.4321-1 du code de la santé publique), mais, par l'arrêté n° 910 du 29 juin 2021, la Cour de Cassation¹²² en redéfinit le cadre, ne réservant sa pratique qu'à des actes thérapeutiques. Les massages esthétiques et de bien-être trouveront leurs places auprès du grand public.

Le massage thérapeutique n'est pas propriété des seuls MK. C'est une compétence partagée avec :

le décret du 9 février 1944, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie conformément à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 ainsi qu'aux gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique et justifiant de huit années d'exercice. »

¹²⁰ Programme du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute, approuvé par décret du 7 Nov. 1946 (JO. Du 8/12/46), p.5. « E-Massage (1^{ère} année=125 heures), 1) Historique et définition, 2) Généralité sur le massage et sa place en Kinésithérapie, 3) Les bases physiologiques du massage, 4) Les conditions d'application du massage, 5) Technique générale du massage, 6) Massage des tissus et des régions, 7) Massage spécialisé (leçons, démonstrations et exercices de certaines techniques originales ou personnelles, faites au besoin par des praticiens particuliers qualifiés), 8) Massage sous l'eau, 9) Mobilisation manuelle passive, active ou active-passive, 10) Mécanothérapie

¹²¹ Ibid. 121, p.8-9

¹²² [Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 29 juin 2021, 20-83.294, Inédit - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/jurisprudence/cassation/2021/20-83.294)

- Les infirmiers¹²³ ;
- Les pédicures podologues¹²⁴ : Avis du 4 janvier 2021, il est retrouvé sous l’item « désignation de l’acte », Massage d’un pied (à l’exclusion de l’articulation tibio-tarçienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds ; Massage des deux pieds (à l’exclusion de l’articulation tibio-tarçienne), en relation avec, une intervention chirurgicale sur les avant-pieds ;
- Les psychomotriciens ;
- les médecins acupuncteurs (par le massage des points d’acupuncture) ; les médecins reflexologues (par le massage de points de réflexologie) ;
- Les établissements thermaux¹²⁵ : Avis relatif à l’avenant 5, est retrouvée une codification d’actes de massage : Forfait RH2, 602 Massages sous l’eau ou avec dérivés thermaux (9 maxi) ; Forfait RH3, 602 Massages sous l’eau ou avec dérivés thermaux. Ces massages sont des tâches exécutées « généralement » par des MK.

1-2-6 Conclusion

Nous rappellerons qu’à ce jour il existe quatre instituts de formations réservés à ces étudiants déficients visuels. Le profil de non voyant est en chute libre. De notre pratique comme formateur en IFMK pour des étudiants déficients visuels, il n’est retrouvé qu’un à deux étudiants non voyants par promotion. Le reste de ces promotions sont des personnes en perte de vision (soit une perte liée à une maladie dégénérative, soit à un traumatisme physique ou psychologique). De notre pratique sur ce terrain, nous retrouvons sensiblement ce même pourcentage sur les quatre IFMK. Nous notons aussi, que l’âge moyen évolue. De nombreux étudiants sont en reconversion professionnelle. Il n’est pas retrouvé d’études sur les différents profils de ces étudiants. Cette cécité est couverte par le secret médical, et nous n’avons pas eu accès aux dossiers d’inscription. C’est en découvrant les étudiants que nous pouvons tenir ces propos.

L’inclusion de ces étudiants, dans le processus d’universitarisation de la formation initiale des MK est une des inquiétudes soulevées par les directeurs d’IFMK. Comment l’université s’adapte-t-elle au profil de ces étudiants ? Tant sur l’accessibilité de l’ensemble de ces locaux que sur les modalités d’enseignements. Comment ces étudiants vont s’adapter à ce nouvel environnement. Il est rappelé que pour valider une inscription, certains étudiants doivent faire une remise à niveau par le DAIU, et pour ceux en reconversion professionnelle par une. Les étudiants en terminale doivent valider via Parcoursup un schéma PASS ou LASS, comment ces derniers seront-ils « acceptés » ? L’universitarisation implique-t-elle la disparition des locaux actuels ? Où, les enseignements seront-ils toujours dispensés dans leurs locaux, mais par des « personnels » universitaires ?

Dès l’origine, la professionnalisation du monde médical ne se restreint pas qu’au métier de docteur en médecine avec ou sans spécialités. Constatant qu’il ne pouvait plus faire l’ensemble des soins prescrits, il s’appuie au moins sur deux groupes professionnels pour effectuer les actes de massage,

¹²³ Blanchon C., 2018, « *Le massage en réseau de soins palliatifs* », 2014, mise à jour en 2018, Revus Soins n°787- Juillet/Août 2014, Edit. Elsevier Masson, Article en ligne [L'apport du toucher relationnel et des massages dans les soins palliatifs à domicile \(infirmiers.com\)](#)

¹²⁴ Avis du 4 janvier 2021 modifiant l'avis du 28 décembre 2020 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les pédicures-podologues et l'assurance maladie signée le 18 décembre 2007

¹²⁵ Avis relatif à l’avenant 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les caisses d’assurances maladie et les établissements thermaux signée le 8 novembre 2017, orientations thérapeutiques, Voies respiratoires

les infirmiers masseurs et les non voyants masseurs. Pour cela il en maîtrise les contenus de formation, les formations initiales, les diplômes, les champs d'interventions et les lieux d'exercices. Ces deux groupes de paramédicaux ne peuvent pratiquer que sur prescription médicale. Leurs professionnalisations sont encadrées par celle du monde médical. À la création du métier de masseur kinésithérapeute, les infirmiers masseurs, et les infirmiers masseurs aveugles seront exclus de ce nouveau métier. Le choix de retourner sur l'identité d'infirmier prime. A la fin de la Seconde Guerre mondiale, la demande de soins « spécialisés » connaît une forte progression. Les infirmiers se retrouvent à plus de 90 % dans les hôpitaux alors que les masseurs kinésithérapeutes s'orientent vers une activité libérale à plus de 80 %. A ce jour, nous retrouvons sensiblement les mêmes pourcentages.

Nous avons, en début de ce chapitre, proposé une définition du massage. Pour le conclure, nous rappelons que ce geste a été validé par l'Académie de Médecine et du Conseil d'État et est défini par l'Article R4321-3 du Code de la Santé Publique, dispositions réglementaires (Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - JO du 8 août 2004) : « *On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus* ». Ainsi donc, tout massage thérapeutique, sportif ou de bien-être, le drainage lymphatique manuel ou mécanisé (presso-thérapie avec bottes gonflables), le palper-rouler manuel ou mécanisé, le dépresso-massage, les massages réflexes, la masso-puncture sont des actes qui répondent en France à la définition légale du massage. Il faut d'ailleurs remarquer que la plupart des massages aux noms exotiques considérés en France comme de simples massages de détente sont, dans leur pays d'origine, considérés comme ayant des vertus thérapeutiques¹²⁶ ». Tout en respectant la décision de la Cour de cassation du 29 juin 2021, les MK sont des acteurs à part entière de cette approche thérapeutique. En France, elle est une compétence transversale au corps médical. La recherche universitaire pourrait la positionner comme une compétence scientifique. Elle devra faire preuve de sa place dans l'Evidence Base Practice (EBP). L'universitarisation de la formation initiale des MK est une des opportunités pour répondre à la décision de la Cour cassation sur un manque de preuves scientifiquement recevables. Cette universitarisation incitera-t-elle des futurs diplômés à s'inscrire dans une démarche de recherche par l'obtention d'une thèse ? De nos entretiens, le manque de « preuves scientifiques » est exprimé. Ces derniers pouvant être validés par la recherche universitaire.

Nous concluons notre argumentaire sur la disparition des termes masseur (Masseur Kinésithérapeute) ou masso (Massokinésithérapie). La requalification de ce métier et des professionnels est en discussion. Au regard des nombreux échanges sur les réseaux sociaux, et prenant l'initiative de sonder ces professionnels, l'Agence Evidence-Based Practice (EBP)¹²⁷, sur sa page Facebook en 2019, a posé cette question :

- Extraits : « *Vous sentez-vous prêts à vous appeler des physiothérapeutes ?* ». Les résultats : sur 1600 votants, 83% ont voté « Oui » et 17% ont voté « Non ».

Les arguments avancés mettent en évidence la complexité de la richesse de la langue française. En France, la physiothérapie est un ensemble passif de techniques et d'outils instrumentaux mis à la

¹²⁶ [EXERCICE ILLÉGAL DU MASSAGE ET DE LA KINESITHERAPIE \(kine-services.com\)](#), 2) Définition du massage

¹²⁷ [73 ans après la création de leur profession, les Masseurs-Kinésithérapeutes sont-ils prêts à changer de nom ? — Agence EBP \(agence-ebp.com\)](#)

disposition du soignant (Electrothérapie, ultrason, ondes de chocs, ondes pulsées, etc.). Ce qui pourrait amener à penser qu'un physiothérapeute est un professionnel n'utilisant que ces outils. Dans le langage professionnel, un physiothérapeute (nom anglo-saxon : Physiotherapist) est un masseur kinésithérapeute. Ces deux termes ciblent plus l'origine des diplômes obtenus. Progressivement le mot massage disparaît. Le CNO des MK (le mot massage (ou masso) est visible sur ce titre : Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, mais disparaît dans les articles proposés (Ex¹²⁸ : «La profession de kinésithérapeute, [...]»). La FNEK ne le propose pas dans son titre¹²⁹, mais le propose dans certains articles. Deux des trois syndicats professionnels libéraux l'utilisent dans leur titre (FFMKR et SNMKR), pas dans de nombreux articles. Une très grande majorité des utilisateurs des réseaux sociaux utilisent le mot « kiné », « kinési » ou « kinésithérapeute ». On ne retrouve que très rarement le mot masseur ou masso. On retrouve ces mêmes mots dans le langage courant pour désigner son « kiné ».

Après de nombreuses années de négociations, le mot massage risque de ne plus représenter le métier d'origine. Il devient une des composantes des outils thérapeutiques mis à disposition pour les MK. Cet outil est devenu mutualisable au sein des différents métiers médicaux et paramédicaux comme dans le domaine grand public.

Nous ajouterons que médicalement, l'effet connu et reconnu du massage est acté dès son appropriation par le monde médical. Sa légitimité s'appuie sur de la recherche médicale. Monet (2009) : « *En 1891, des expérimentations en laboratoire réalisées par André Castex sur des animaux soumis à des traumatismes, viennent appuyer le bien-fondé de ces pratiques. L'intérêt de la méthode s'appuie notamment sur le diagnostic massothérapeutique qui doit conférer au massage un ancrage plus fort auprès du corps médical, prudent devant le procédé* ». Cette validation devient une reconnaissance institutionnelle. L'assurance maladie¹³⁰ préconise comme une des solutions thérapeutiques, le massage.

Des recherches sont toujours en cours. Les travaux de Best T.M¹³¹ sur des cellules musculaires de rats ont apporté les débuts de preuves scientifiques de l'action du massage. Ces travaux sont complétés

¹²⁸ [Pour une relation thérapeutique saine et sécurisée – Kit de communication – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes \(ordremk.fr\)](#)

¹²⁹ <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=03af905ac49d95d0JmltdHM9MTY2NzY5MjgwMCZpZ3VpZD0zYTliYjg0Mi0xZTMxLTU4N2UtM2I0Mi1hYTE2MWY3NTY5ZWEmYW5zaWQ9NTE5OQ&pfn=3&hsh=3&fclid=3a9cb842-1e32-687e-3b42-aa161f7569ea&psq=fnek&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuZm5lay5mci8&ntb=1> FNEK : Fédération Nationale des Étudiants en

Kinésithérapie,

¹³⁰ L'assurance maladie : [Traitement des troubles musculo-squelettiques | ameli.fr | Assuré](#), dans les autres traitements des troubles musculo-squelettique : le massage

¹³¹ Best Thomas Mickael, docteur en médecine sportive, University of Ohio State University. « *Etudier les bienfaits du massage au niveau cellulaire est bien plus compliqué qu'il n'y paraît. Nous ne connaissons pas encore précisément les mécanismes qui permettraient aujourd'hui de dire que le massage améliore la récupération* ». Son objectif vise donc à mettre fin à l'empirisme ambiant et de répondre à des questions parmi les plus simples : combien de temps doit durer un massage après un effort ? Combien doit-il y en avoir ? Quel est le meilleur moment pour le pratiquer ? Son travail a débuté sur le rat. Les animaux ont été soumis à différents exercices physiques, puis un groupe témoin a été massé. Résultats : A l'aide de données mathématiques, « nous avons démontrés que les muscles des rats massés présentent moins de signes d'inflammations ».

par de nombreuses autres recherches¹³², appuyant le massage comme un des outils thérapeutiques validés scientifiquement mis à disposition du corps médical¹³³ et paramédical¹³⁴.

Ces actions :

- repose sur la diminution de la production de cortisol (l'hormone du stress),
- favorise la production d'endorphines (hormones du plaisir, de la bonne humeur),
- à un pouvoir drainant,
- à une action cardiorespiratoire, par diminution des fréquences de ces organes,
- à une action décontracturante sur les fibres musculaires de type I, de type IIa et de type IIb.

Ces actions ont aussi pour effet de calmer, d'apaiser toute personne qui se fait masser, et d'avoir un retentissement sur le bien-être ressenti.

L'universitarisation de cette formation initiale doit-elle en tenir compte et ne valider que le versant thérapeutique. Comment évaluer un ressenti ? Des échelles sont proposées comme outil. Elles se retrouvent plus dans le paradigme de l'EBP, outil dont se sont appropriés les MK, et l'ensemble des paramédicaux. Les médecins se rapprochant plus de l'Evidence Base Medicine (EBM). Un rapprochement de ces deux paradigmes est-il envisageable ? Nous notons là, un véritable changement d'approche de ce métier. Cette argumentation change-t-elle l'identité professionnelle des MK français ?

1-3 La kinésithérapie. (le mouvement-la mobilisation-la gymnastique-la rééducation)

Ce titre de paragraphe regroupe tous les mots attachés à : kinésithérapie. Ils sont issus de notre revue de littérature, de nos entretiens, et du langage grand public. Nous y ajoutons que la personne pratiquant de la kinésithérapie est un kinésithérapeute, ou un physiothérapeute.

1-3-1 Définition

Pour cette première définition, nous utilisons, comme pour le mot massage, l'outil informatique via le moteur de recherche Microsoft Bing :

- Nom féminin, singulier.
- Ensemble de traitements utilisant la mobilisation musculaire, comme les massages et la gymnastique.

Aucune notion d'appartenance à un groupe professionnel n'est mise en avant. Mais sous le mot « traitement » une cible très large peut ressortir : celle du monde de la santé. Cette définition est très large. Comme pour le mot massage, cette image informelle pouvait orienter la future identité « professionnelle ». Quelles images pouvons-nous visualiser ?

¹³² Best T.M, et All, 2008, 10/2008, clinical journal of sport medicine, official journal of the Canadian Academy of sport medicine 18(5) 446-60, : « *Efficacité du massage sportif pour la récupération des muscles squelettiques après un exercice intense* » ([Efficacité du massage sportif pour la récupération des muscles squelettiques après un exercice intense | Demande PDF \(researchgate.net\)](#)).

¹³³ Best T.M, et All, 10/2016, British journal of sports Medicine, "Massage et récupération post-exercice: la science émerge", [Massage et récupération post-exercice: la science émerge | Demande PDF \(researchgate.net\)](#).

¹³⁴ Best T.M, et All, 2015, 5/2015, médecine et science dans le sport et l'exercice, « le massage augmente la régénération des fibres musculaires et l'angiogenèse et diminue la fibrose après une blessure d'exercice excentrique : 1856 Conseil#201 28 mai, 15h30-17h00, Conférence : Réunion annuelle de l'ACSM, [Le massage augmente la régénération des fibres musculaires et l'angiogenèse et diminue la fibrose après une blessure d'exercice excentrique: 1856 Board #201 28 mai, 15h30 - 17h00 | Demande PDF \(researchgate.net\)](#)

Nous retrouvons là aussi une notion d'approche par le massage. Un lien très étroit est mis en avant. Cela peut engendrer une confusion sur la technique du massage. Doit-elle inclure un quelconque mouvement ? Comment un étudiant en recherche d'informations sur son futur métier peut-il interpréter cette proposition ? Comment va-t-il construire sa future identité professionnelle avec cette information « informelle » ?

Le Larousse Médical :

- Nom féminin.
- Discipline paramédicale utilisant des techniques passives et ou des agents physiques dans un dessein préventif ou thérapeutique (rééducation).

Cette définition cible des acteurs : les paramédicaux. Et par le « terme » rééducation, l'ensemble de métiers paramédicaux du monde de la rééducation sans cibler les MK. Cette définition se rapproche fortement de la classification de la CNU 91.

Le mot kinésithérapie est le regroupement de deux termes : kinési et thérapie.

Kinési : à sa racine dans le Grec ancien « kinesis » et signifie le mouvement. Par le terme « kinésique » on retrouve une écriture francisée. Pour Grigorij¹³⁵ (2008) ce terme représente « *la science des gestes quotidiens* » non pathologiques, l'ensemble des gestes de la vie courante. Ces gestes proviennent de contractions musculaires volontaires ou non. Ils mettent en jeu l'ensemble du corps humain (ou animal) des systèmes musculo-squelettiques.

Thérapie : a elle aussi une racine grecque et sa traduction française propose le terme : traitement. Pour le dictionnaire médical¹³⁶, ce terme est défini comme un traitement et complété par le Cure¹³⁷. Ce terme cible les thérapeutiques proposées, comme la physiothérapie (Traitement par les plantes), la radiothérapie (Traitement par irradiation d'ondes radioactives), la kinésithérapie (Traitement par le mouvement) etc.

Pour conclure notre définition, la kinésithérapie est une prise en charge thérapeutique par la mise en œuvre d'exercices induisant un mouvement. L'approche thérapeutique ou le soin apporté à la personne sont visualisables.

1-3-2 Origines

À quelle date ce terme est-il né ? Les travaux de Monet¹³⁸ le date en 1847 : « *Le créateur du mot kinésithérapie est le gymnaste A.Georgi en 1847* ». Puis par l'action de médecins et de chirurgiens de cette époque, ce terme est officiellement validé le 5 janvier 1900, par la création « *d'une nouvelle société médicale : la Société De Kinésithérapie, la SDK* ». À la demande de cette nouvelle société, la faculté de médecine de Paris organise un enseignement des pratiques du massage et de la

¹³⁵ Grigorij K., 2008, « Le langage du corps et la gestuelle (kinésique) comme champs de la sémiotique non-verbale : idées et résultat (article), Cahiers slaves n°9, Année 2008, « le corps dans la culture russe et au-delà, sous la direction de Galina Kabakova et Francis Conte, p.1-23. p.7

¹³⁶ Dictionnaire médical : [Définition de "Thérapie" - Dictionnaire médical \(dictionnaire-medical.fr\)](http://dictionnaire-medical.fr)

¹³⁷ Vigil-Ripoche M-A, citant dans « Biographie d'une pionnière du « prendre soin » « *Collière Marie-Françoise, 1930-2005, Une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogie, une conceptrice des soins, et...une femme* », Concept d'approche thérapeutique du Cure (p.18) : approche par et pour le soin comme outil de traitement sans approché du ressenti du malade. A l'inverse du Care (p.17) ou le patient est au centre de l'action thérapeutique dans son univers personnel et professionnel.

¹³⁸ Monet J., 2009, 10/2009, Ibid. 93, p.45, colonne de gauche.

kinésithérapie avec comme objectif de créer une spécialité médicale. Sous l'impulsion du Professeur Augustin-Nicolas Gilbert est ouvert un cours de physiothérapie dans le cadre de sa chaire.

D'autres auteurs médecins publieront des textes scientifiques sur et pour la kinésithérapie. Nous pouvons citer le Docteur Dujardin-Beaumetz¹³⁹ : « *Je commencerai par l'étude de l'exercice et du mouvement appliqué à la cure des maladies ; on a donné à l'ensemble de ces moyens curatifs le nom de kinésithérapie* ». Mais nous pouvons aussi noter que Stapper H. (1912) relate les faits suivants : « *en 1889, Soutouguine réclame que le mot kinésithérapie soit inclus dans une thèse franco-russe. Celui-ci n'est pas imprimé. L'éditeur du traité de « la méthode de Brandt est-il dit, fort en vogue dans plusieurs centres médicaux étrangers, est moins connu en France. L'heureux éditeur de ce traité ayant demandé à l'un des auteurs pourquoi les travaux français n'étaient même pas signalés, celui-ci répondit : « Nous parlons de ce que nous connaissons, pas d'autres choses* ¹⁴⁰ ». A cette époque, le monde médical cherche à se positionner. Des luttes du « premier » écrit pour pouvoir afficher son nom sont monnaies courantes. La France sera un des acteurs majeurs de la dénomination du terme kinésithérapie.

Parallèlement, et grâce à la facilité des déplacements maritimes, en 1913, « The School of Physiotherapy » est créée à l'Université d'Otago en Nouvelle-Zélande, puis en 1914, le « Reed Collège » à Portland aux États-Unis d'Amérique. Le terme kinésithérapie est traduit par « Physiotherapy ». Aux USA en 1920, Mary McMillan, également connue sous le nom de « Mère de la physiothérapie », révolutionne « la physiothérapie » en créant « l'American Women's Physical Thérapeutique Association » (AWPTA), actuellement connue sous le nom de « American Physical Therapy Association (APTA) ». En 1951 par l'action commune de 11 pays est créée la « World Confédération for Physical Therapy » (WCPT). Elle changera de nom en 2020, pour « World Physiothérapie ». La France y adhérera la même année. Sur la page d'accueil de la World Physiothérapie la France, lors de son affiliation, est identifiée sous : Conseil national des physiothérapeutes. La dénomination de masseur-kinésithérapeute (via le CNO des MK), et de kinésithérapie, n'apparaît qu'en suivant le lien proposé. On retrouve le mot kinésithérapie pour le Portugal (adhérent en 2023), le Costa Rica, la Géorgie, la Côte d'Ivoire, Madagascar, le Mali, le Sénégal (tous affiliés en 2019), le Bénin (affilié en 2015), l'Afghanistan, Bahreïn, le Cambodge, le Rwanda (tous affiliés en 2007), l'Argentine (affiliée en 2011), l'Estonie (Affiliée en 1999), la Bolivie (Affiliée en 1995), Taïwan (Affiliée en 1982), la Corée du Sud (Affiliée en 1974). À ce jour ce sont 127 pays qui sont adhérents de la World Physiothérapie. Nous notons que 16 pays, soit moins de 10 % des signataires, ont signé sous le terme kinésithérapie, sans la France.

Allons-nous vers une unification du terme prédominant : la physiothérapie pour la discipline et le physiothérapeute pour le professionnel ?

Nous rappellerons qu'à la question « *Vous sentez-vous prêts à vous appeler des Physiothérapeutes ?* », 83% des sondés de l'enquête EBP ont répondu favorablement.

Nous pouvons nous questionner sur l'importance de ce changement. Y-aura-t-il un véritable changement de paradigme sur cette approche thérapeutique ? Ou est-ce juste une adaptation de langage ? Cette modification aurait-elle un impact sur l'identité professionnelle de ces acteurs du soin ?

Nous notons qu'à ce jour, tous ces pays adhérents proposent une formation initiale universitaire basée sur la nomenclature LMD, formation incomplète (France) ou complète.

¹³⁹ Dujardin-Beaumetz G., Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin, 1886-1887, « L'hygiène thérapeutique, Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie. Paris, octave Doin Editeur, p.1

¹⁴⁰ Stapper H, 1912, « *Manuel pratique de kinésithérapie* », Fascicule II, Paris Librairie Félix Alcan, p.19

Nous rappelons qu'à cette époque, cette approche thérapeutique répond aux avancées des nouvelles technologies très mécanisées (Mécanothérapie, appareil de Zander, hydrothérapie, électrothérapie, pouliothérapie, etc.). Cette hyperspécialisation sera un frein et sa disparition comme thérapeutique médicale. Pour Monet¹⁴¹, « *la kinésithérapie, une matière médicale disqualifiée : une spécialisation impossible* », repose sur un manque de recherches et de preuves scientifiques. Le corps médical préférera la « sous traiter » au groupe des paramédicaux. Monet conclut : « *Cependant la kinésithérapie est le catalyseur d'une future médecine physique et de rééducation dont elle représente le socle : elle rebondira en 1925 et 1946 sous la forme de diplômes professionnels de masseur puis de masseur-kinésithérapeute* ». C'est à ce titre qu'à l'origine en 1946, la formation initiale ne repose pas sur le modèle universitaire.

Nous avons cité à maintes reprises dans le chapitre précédent, que le massage est associé à mobilisation, mouvement, gymnastique ou à kinésithérapie. Dès l'origine massage et kinésithérapie, ou les termes assimilables, sont étroitement liés. Mais avant cette reconnaissance, et comme pour le massage, pouvons-nous remonter le temps pour en trouver des traces. Celles-ci compléteront celles décrites ci-dessus avec l'iconographie attachée.

Nous pouvons imaginer un début de « rééducation », comme défini dans « *la médecine aux temps préhistoriques* »¹⁴² de Jacques Cayotte :

- Rééducation :

Les interventions chirurgicales semblent bien avoir fait, comme de nos jours, l'objet de certaines pratiques de rééducation postopératoire. En effet, on constate souvent, sur les surfaces articulaires abrasées, l'existence de véritables néo-facettes formées graduellement aux dépens de l'os privé de son cartilage. Ces petites facettes sont polies, voire éburnées, semblables à du marbre, résultat qui n'a pu être obtenu que grâce à la mobilisation volontaire de l'articulation malade, en dépit de la douleur provoquée par cette manœuvre. Si l'on considère que, chez nos contemporains, cette douleur entraîne plutôt, comme conséquence, l'immobilité plus ou moins voulue qui finit par se solder par une ankylose partielle ou totale, on ne peut qu'admirer le courage des Hommes préhistoriques qui s'imposaient une discipline rigoureuse aboutissant, à force de volonté et de persévérance, à sauvegarder la mobilité de leurs articulations menacées par la raideur et l'ankylose à la suite de lésions dégénératives ou post-traumatiques. Le véritable « rodage » des surfaces osseuses abrasées finissait par réaliser une véritable arthroplastie spontanée. Les exemples ne manquent pas, et ils sont très démonstratifs : dans le gisement de Tavoralt, les genoux d'un homme portent les stigmates d'une arthrose fémoro-rotulienne bilatérale (vraisemblablement à la suite d'une subluxation congénitale de la rotule) marquée par la présence de stries verticales de frottement sur la rotule et la trochlée du fémur ayant entraîné la formation d'une nouvelle surface de glissement, les zones osseuses privées de cartilage ayant été polies par la mobilisation active. Par ailleurs, nous avons déjà signalé précédemment le coude gauche de l'Homme de Neandertal, qui présente des signes analogues. Il faut retenir de tout ceci que les habitants des cavernes faisaient preuve d'un courage extraordinaire pour se fabriquer tout seul la « plastie » articulaire dont ils avaient besoin, tout seuls car les « rebouteux »

¹⁴¹ Monet J., 2009, 10/2009, Ibid. 93, p.47, encadré bas de page.

¹⁴² Professeur Jacques Cayotte (1915-1992), professeur Agrégé d'anatomie 1952, accédant à la chaire d'anatomie en 1964 à Nancy ; article de 1976 « la médecine aux temps préhistoriques », p.300-301.

ne sont nés que plus tardivement, et que leur mépris de la douleur était la conséquence obligatoire de la lutte pour la vie, objectif numéro un de ces individus. Cette nécessité a donc entraîné une récupération fonctionnelle souvent très importante et, comme nous dirions aujourd'hui, permis la « réinsertion sociale » de ces blessés ou handicapés.

-Assistance paramédicale :

Mais cet aspect de la rééducation et de la réhabilitation nous amène à évoquer un problème connexe, matérialisé par la découverte, dans le gisement de Taforalt, du squelette d'une femme polytraumatisée, atteinte notamment d'une fracture de la clavicule et de fractures des deux avant-bras. Toutes ces lésions étaient cicatrisées et consolidées, donc la blessée avait survécu. Mais il est de toute évidence qu'elle ne pouvait procéder elle-même à la récolte de ses aliments, ni subvenir seule à ses besoins quotidiens. Il faut donc bien admettre qu'elle fut aidée en cela par toute la communauté, et cette simple constatation nous ouvre certaines perspectives : non seulement la tribu avait permis la survie d'une bouche inutile pour l'ensemble du groupe, mais encore elle avait contribué activement à la sauver. Ainsi donc, comme le reconnaît Dastugue, ces « sauvages », avaient « des rapports sociaux frappés au coin d'une affectivité que pourraient envier certains civilisés ».

Nous ne pouvons qu'accepter cette interprétation, au regard de la personne reconnue dans ce domaine et de la réflexion développée. Nous ne pouvons, bien sûr, en tirer des conclusions sur la genèse du métier développé dans cette thèse, mais nous pouvons noter, que le « bon sens » de l'être humain fait qu'il s'adapte à son environnement, pour survivre, aider des membres de son groupe.

Cette prise en charge de la personne pouvait servir d'exemple comme modèle d'apprentissage et de transmission de « savoirs ». La transmission orale sera la base de ces pratiques. Les rebouteux, les guérisseurs et les magnétiseurs de nos campagnes avaient une place importante dans les bourgades et les villages. Ces propos sont confirmés par Guégan Isabelle (2019)¹⁴³ : « Il en résultait que, pour se soigner, les petites gens et les ruraux n'avaient d'autre choix que de se tourner vers les rebouteux, guérisseurs et autres empiriques dotés pour tout diplôme d'un savoir acquis au mieux auprès d'un confrère et le plus souvent « sur le tas ». La médecine dite conventionnelle se retrouvait autour des grandes villes et des facultés de médecine. Elle était réservée plus à la noblesse et au corps d'armée. C'est bien à l'entrée de l'ère industrielle qu'est actée la fin de ces « médecines traditionnelles territoriales et régionales ». Pour Le Douget A.¹⁴⁴ (2017) : « A partir de 1803, la médecine, la pharmacie ou l'art des accouchements ne peuvent plus être exercés sans diplôme. La médecine populaire passe alors dans la clandestinité. Guérisseurs, rebouteux, sorciers de campagne et autres empiriques se retrouvent au banc des accusés, rejoints par les matrones, ces accoucheuses de campagne, et, un peu plus tard, par les sœurs de charité. Mais le banc des accusés n'est pas celui de l'infamie, tant s'en faut. La population reste attachée à la médecine populaire, conforme à ses traditions, et elle soutient sans faillir les "praticiens de l'ombre". D'ailleurs, elle n'a guère le choix, car la campagne du Finistère est à peu près un désert médical au XIXe siècle ». C'est à cette époque que le monde médical prendra sa place et déléguera certaines tâches aux futurs auxiliaires médicaux. La reconnaissance de la kinésithérapie sera officialisée par le monde médical comme une « action » médicale. Puis elle sera attribuée en 1946 aux groupes des paramédicaux. Nous rappellerons que

¹⁴³ Guégan I., 2019, Référence électronique Isabelle Guégan, « Guérisseurs et sorciers bretons au banc des accusés. Finistère, 1800-1950 », Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest [En ligne], 126-3 | 2019, mis en ligne le 20 novembre 2019, consulté le 08 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/abpo/4703> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/abpo.4703>, comptes rendus, p.210

¹⁴⁴ Le Douget A., 2017, « Guérisseurs et sorciers bretons au banc des accusés : Finistère, 1800-1950, Fouesnant. », Ed. Le Douget, 2017, Dernière page de couverture

pour « maîtriser » cette action thérapeutique, la formation initiale des futurs MK se fera par la validation des programmes et du diplôme, des pratiques et des installations « imposées » par le corps médical.

L'identité professionnelle des futurs MK suivra les évolutions des différentes réformes de cette formation initiale. Le processus de professionnalisation trouvera sa place. Une des premières revendications de ce corps professionnel est une autonomie, et une reconnaissance à la hauteur de sa visibilité comme acteur majeur dans « le prendre soin ».

1-3-3 La kinésithérapie en 2022 et après ?

Suite à la période du COVID, les négociations sur ce terme ont été interrompues. Aucune date n'a été fixée pour les reprendre.

A ce jour, la terminologie de ce métier n'a pas évolué. C'est bien la kinésithérapie, et les kinésithérapeutes qui sont mises en avant. Les différentes publications ordinales¹⁴⁵, et grand public¹⁴⁶ confirment ce terme. Dans l'article de 20 minutes, du 16/11/2022¹⁴⁷ « *les kinésithérapeutes* » sont un des outils thérapeutiques pour le monde médical. Ils servent « *de relais* ». Dans le communiqué de presse de l'ARS Nouvelle Aquitaine¹⁴⁸, ce sont des « *kinésithérapeutes libéraux de garde les weekends* » qui doivent être mobilisés pour « *désengorger les urgences hospitalières* ». L'ensemble de ces communications mettent en avant la place de la kinésithérapie dans le monde médical. Elle est reconnue, mais ces actions sont ciblées et dépendantes du corps médical. Le mot « massage » n'est pas mentionné.

Nous pouvons constater que le terme « physiothérapeute » n'est pas employé de la part des institutions de l'état comme pour le grand public.

L'ensemble de ces messages permet de proposer une image des places et rôles des MK pratiquants ou des futurs installés. Elles peuvent être considérées comme une des fractions de l'identité professionnelle. Ces lectures étant accessibles à tous, les étudiants en formation initiale peuvent y avoir accès. Ces informations formelles (écrites et publiées) peuvent-être considérées comme des apports informels de représentations du futur métier étudié ?

Nous ne retrouvons aucun propos sur ce sujet dans nos entretiens.

Pour Dissaux D¹⁴⁹, (2020), « *L'identité soignante des infirmiers provient d'une construction d'identitaire buissonnière avant d'être professionnelle* ». Il ajoute que : « *car même si le métier s'apprend en formation initiale (et même après, tout au long de la vie professionnelle), certaines aptitudes personnelles et sont considérées comme des pré-requis qui s'acquièrent par l'expérience* ». Dans le même ouvrage, nos travaux de recherche¹⁵⁰ nous avons employé le mot « kinésithérapeute »

¹⁴⁵ Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, « Le rôle de la Kinésithérapie enfin reconnu dans la prise en charge de la bronchiolite », 25/11/2022, [Le rôle de la kinésithérapie enfin reconnu dans la prise en charge de la bronchiolite – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes \(ordremk.fr\)](#)

¹⁴⁶ Le Point, Santé, le Kiné du point. Demorand S., 14/11/2019, « *Bronchiolite et kinésithérapie, halte à la désinformation* ». [Demorand – Bronchiolite et kinésithérapie, halte à la désinformation ! - Le Point](#)

¹⁴⁷ 20 minutes, « *Bronchiolite : les kinésithérapeutes, un relais dans la prise en charge médicale des nourrissons ?* »

¹⁴⁸ Communiqué de presse ARS Nouvelle Aquitaine, 14/11/2022, « *Communiqué de presse-Bronchiolite de nourrisson : acquérir les bons réflexes pour prévenir et limiter les passages aux urgences* »

¹⁴⁹ Dissaux D., 2020, Chap. 13, « *L'identité soignante des infirmiers : une construction identitaire buissonnière avant d'être professionnelle* », p.281-304, dans : Validation des acquis buissonniers. Vers une meilleure reconnaissance par l'institution éducative de l'expérience des professionnelles, des étudiants et des élèves », sous la direction de Corinne Baujard, Orientation A tout âge, L'Harmattan, p.281, (titre) et texte

¹⁵⁰ Ibid. 148, Chap.14, Patrick Salaün, « *Identité professionnelle de la formation des kinésithérapeutes et savoirs buissonniers* », p.305 à 329

sans y attacher celui de « masseur ». Ces derniers ont mis en avant deux groupes d'étudiants aux contacts de connaissances informelles avant la formation initiale. De notre enquête sur le terrain il n'a pas été retrouvé l'emploi du mot physiothérapeute, ou Physiothérapeute. À une très grande majorité, les termes kinésithérapie et kinésithérapeute sont employés (mon kiné, mon kinési, mon kinésithérapeute) sans y ajouter le mot massage.

Nous retrouvons sur le programme de la formation initiale, selon l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au D.E de MK, découpé en cycles et en Unité d'Enseignements (UE), le terme « kinésithérapie » dans :

- Les sciences et ingénierie en kinésithérapie.
- UE 6 Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie,
- UE 22 Théorie, modèles, méthodes et outils de réadaptation (terme assimilable à kinésithérapie),
- UE 23 Interventions spécifiques en kinésithérapie,
- UE 24 Interventions du kinésithérapeute en santé publique,
- UE 27 Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie.

Nous notons aussi, que l'ensemble des IFMK sont répertoriés sur une liste des instituts de formation en Masso-Kinésithérapie. Mais certains établissements sont connus et reconnus sous un autre nom. Par exemple, IFMK situé au 36 rue Pinel, 93 200 Saint Denis, s'affiche sous le terme C.E.E.R.F (Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle). Ce sont 9 instituts qui se présentent sous un autre terme.

Pour conclure, du 29 mars au 2 avril 2023, les journées Francophones de Kinésithérapie proposent un regard sur l'avenir de ce métier. Nous notons là aussi que le mot massage est absent. Nous retrouvons, pour la France, la même absence dans le budget total du secteur de l'assurance maladie et de la Kinésithérapie pour 2023. Nous retrouvons dans le document : communiqué de presse du CNOMK en date du 8 septembre 2020¹⁵¹, un positionnement ambigu. Nous visualisons dans le titre de présentation le terme physiothérapie (Journée mondiale de la physiothérapie) et pour le titre de la communication le mot kinésithérapeute (Quel avenir pour les 100 000 kinésithérapeutes de France ?). Nous pouvons acter que l'existence de la dénomination de ce métier est dépendante de son lieu d'exercice.

Et après ?

Comment le titre officiel français de Masso-Kinésithérapie et de Masseur-Kinésithérapeute résistera-t-il à la triple constatation de :

- La prédominance du terme anglo-saxon,
- La création de la section CNU 91
- L'abandon du terme masso et masseur, de la part des professionnels de ce métier.

Cette période peut mettre en avant certains troubles de reconnaissance de ces professionnels par rapport aux autres. L'identité professionnelle de ce métier en est bien contrariée. Comment cette mutation sera-t-elle, où est-elle abordée au sein des IFMK. L'université peut-elle être une des clefs de cette mutation ?

¹⁵¹ Communiqué de presse, CNOMK, 8/09/2020, « Journée mondiale de la physiothérapie : Quel avenir pour les 100 000 kinésithérapeutes de France ? »

1-3-4 La Masso-kinésithérapie

Bien avant l'officialisation de ce terme complexe en 1946, l'association était intuitivement actée. Nous compléterons les propos déjà exposés précédemment par le titre de la publication de Just Lucas-Championnière¹⁵², en 1894, « *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation* ». Il rapporte que : « *Je suis arrivé au massage progressivement, en commençant par supprimer les appareils, par mobiliser les muscles et les jointures*¹⁵³ ». Et plus scientifiquement Lucas-Championnière¹⁵⁴ écrit : « *J'ai pu démontrer qu'une certaine quantité de mouvement favorise plutôt qu'elle n'empêche la formation du cal et que les phénomènes très complexes provoqués par le massage ont pour résultat une augmentation considérable de la vitalité du membre, une réparation infiniment plus rapide et vous mènent après le traitement d'une fracture à la restitution, non d'un membre impotent à reconstruire comme après les traitements ordinaires, mais d'un membre apte à fonctionner immédiatement et en pleine puissance* ». Dès cette époque, l'association massage et kinésithérapie est mise en avant. Ces propos sont appuyés avant la Première Guerre mondiale par Stapfer¹⁵⁵ (1912) : « *Traitement [...] par l'hygiène, les affusions tempérées sur les membres inférieurs, la gymnastique spécifique seule ou associée au massage* ». L'ensemble de ces acteurs médicaux conserveront ce mot composé en 1946 lors de la création de ce nouveau métier.

À ce jour, ce terme, auquel on peut associer masseur kinésithérapeute, reste d'usage réglementé sur :

- Le diplôme d'état (Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute) qui autorise le diplômé à porter le titre de Masseur-Kinésithérapeute diplômé d'État,
- La plaque nominative normée à l'entrée du lieu d'exercice pour les professionnels ayant une pratique libérale,
- Les différents textes législatifs réglementant le métier.

Des paragraphes précédents, nous pouvons officialiser que ce terme, la Masso-kinésithérapie, et le professionnel formé, le masseur-kinésithérapeute, qui en découle, est de moins en moins employé par l'ensemble des acteurs de ce métier. Cette empreinte sémantique est plus ancienne. Si ce métier n'existait pas encore en 1863, les débats étaient déjà très présents. Selon Estradère(1863)¹⁵⁶ « *Que M. Meding sacrifie le nom de massage ; qu'il le raye de la thérapeutique et de la kinésithérapie suédoise qu'il vante tant...* ».

Une revue de ce terme par les différents moteurs de recherche et sites¹⁵⁷ d'orientation et des IFMK, appuie les propos exposés ci-dessus sur l'usage réglementé. Pour s'informer sur ce métier et sa

¹⁵² Ibid. 90 Lucas-Championnière J., 1894, titres et Travaux scientifiques, Chapitre « *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation* », Clermont, Imprimerie Daix Frères. Titre du chapitre p.104, lien numérique : [Titres et travaux scientifiques : Lucas - Championnière, Just : Téléchargement gratuit, emprunt, et streaming : Internet Archive](#)

¹⁵³ Ibid. 150, p.104

¹⁵⁴ Ibid 150, p.105

¹⁵⁵ Ibid 141, p.121-122

¹⁵⁶ Estradère J., (1833-1919), « Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques », 1863, Editeur Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, CFDRM > Livres de la bibliothèque > Tous les livres du XIXe siècle > fiche technique Date de création : 29 avril 2010. Saisie du texte intégral : fin mai 2010. Date du PDF : mercredi 14 décembre 2016,

¹⁵⁷ Onisep : [Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute - Onisep](#), CIDJ [Kinésithérapeute : métier, études, diplômes, salaire, formation | CIDJ](#), Diplomeo [Les Formations Kinésithérapie : toutes les infos sur les écoles ! \(diplomeo.com\)](#), Au futur [Études kiné : formation, programme et salaire - AuFutur](#)

formation initiale, un étudiant sera en contact avec les termes kinésithérapie ou kinésithérapeute. Le massage n'est exposé que comme acte thérapeutique.

Ce recentrage a-t-il un impact sur la représentation de ces futurs étudiants ? Les acquis de la « préformation informelle » seront-ils anticipés et intégrés lors de la formation initiale ? Cette mutation identitaire de l'informelle se retrouvera aux contacts d'une dualité, celle de la formation professionnelle en IFMK, et celle de la formation universitaire. Les attentes sont-elles les mêmes ? Des prérequis existent-ils ? Mais surtout sont-ils convergents ? Ou complémentaires ?

Ces acquis buissonniers sont-ils une des empreintes de l'identité professionnelle de ces MK ? Nous pouvons nous questionner sur l'intégration pédagogique de ces savoirs au sein des IFMK et de l'université. Nos propos, sur l'utilisation d'Internet comme un des moyens d'apprentissage, sont confirmés par Madame Baujard¹⁵⁸ (2020), « *Les savoirs sont produits dans de nouveaux espaces, en dehors de l'université, à l'école. La généralisation de l'Internet démultiplie les savoirs et change la nature des moyens classiques de formation ; les objets connectés entraînent les sujets sociaux apprenants dans des situations expérientielles inédites, presque à leur insu ; des acquis originaux peu formalisés, informels ou non formels se développent* ». De notre recherche sur la validation des acquis buissonniers¹⁵⁹ : « *La première année de formation initiale en université pour les étudiants en masso-kinésithérapie est bien porteuse d'une identité professionnelle issue d'expériences buissonnières* ». Celle-ci s'oriente sur le terme kinésithérapie et toutes ses dérivées, kinésithérapeute, kiné, kinési. Ces acquis sont-ils exploités comme prérequis ou doivent-ils être déconstruits pour être « reformatés » pour ce métier. À ce stade, et au regard des matières universitaires du programme de formation, aucune notion de, pour et sur la massokinésithérapie n'est abordée. Du côté de la recherche, aucun protocole n'a été mené sur ce sujet.

1-3-5 Conclusion

Définir correctement ce métier n'est pas si simple que cela. Il est connu et reconnu comme acteur du soin. Ces compétences propres sont en pleine évolution. Le recentrage sur le cœur du métier (Pour Robert (2018) : *La notion de cœur de métier est une notion instable, elle renvoie d'abord à l'économie et au management pour définir l'activité première et centrale d'une entreprise.*)¹⁶⁰ semble une priorité. Par l'affiliation des IFMK aux facultés de médecine, la kinésithérapie devient une science médicale particulière¹⁶¹. Sur le site Diploméo : « *La loi Santé de 2019 est en train de bouleverser les études de santé telles qu'on les connaît. Les futurs étudiants en médecine vont faire face à de nouvelles modalités d'entrée et de validation. Alors que la kinésithérapie venait d'être intégrée dans la PACES en 2017, la nouvelle première année commune (Portail Santé) ne concerne que la médecine, la maïeutique, l'odontologie et la pharmacie. Les réformes pour cette filière ne sont pas encore connues. Les études de kinésithérapie font partie des grandes spécialités très demandées dans le secteur du médical. Le métier de masseur-kinésithérapeute attire toujours de jeunes étudiants bien que son accès soit difficile* ». L'engouement pour ce métier semble toujours présent. Si cette source est classifiée grand public, elle génère des « visites » très régulières. Elle peut être considérée comme une source validée et participe à la construction formelle d'un des axes de la future identité professionnelle des futurs étudiants masseurs kinésithérapeutes.

¹⁵⁸ Ibid. 150, p.25

¹⁵⁹ Ibid. 150, p.326

¹⁶⁰ Robert D.A, Carraud F., 2018, « Chapitre 4. « Le cœur de métier » ». Dans professeurs des écoles au XXIème siècle, p.89 à 111. p.89

¹⁶¹ Diploméo, 9/2022, études de Kinésithérapie, [Études de Kinésithérapeute \(diplomeo.com\)](https://diplomeo.com)

Le massage devient un des outils thérapeutiques proposés aux patients. Cette modification a-t-elle une réelle importance pour les futurs formés ou ceux en formation ?

Les compétences des MK et des étudiants MK acquises ne sont pas destinées qu'à la kinésithérapie. Le CNOMK rappelle que : « *Un arrêté publié jeudi 8 juillet 2021¹⁶² au Journal officiel a étendu la liste des professionnels et étudiants habilités à vacciner. Il permet aux étudiants en masso-kinésithérapie ayant validé leur deuxième année de formation et ayant suivi une formation spécifique à la réalisation de cet acte, dispensée et attestée par un professionnel de santé formé à l'administration des vaccins d'intervenir dans les centres de vaccination et fixe les modalités de rémunération de ces étudiants dans ce cadre* ». Cet arrêté complète celui du 15 septembre 2020¹⁶³ qui autorisait les kinésithérapeutes à réaliser les tests PCR : « *Considérant, dans certaines zones, le risque de disponibilité insuffisante de professionnels de santé habilités à réaliser l'examen de "détection du génome du Sars-CoV-2 par RT PCR" inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale pour faire face à la crise sanitaire ; qu'il y a lieu, en conséquence, d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à réaliser le prélèvement d'échantillon biologique pour cet examen* ». Le champ « classique » des compétences en massokinésithérapie s'en élargissent. Pour le texte de 2021, des compétences sont mutualisables, via la validation de la première année, avec les infirmières, les pharmaciens, les sages femmes et les médecins. Et nous ne pouvons que nous questionner sur un parcours commun, assimilable à la création de la section 91 du Conseil National des Universités (CNU).

L'image de ce métier évolue pour s'adapter aux progrès de la recherche biomédicale. C'est bien l'ensemble de tous ces métiers qui suit ce mouvement.

En France, les masseurs kinésithérapeutes peuvent accéder aux diplômes universitaires par équivalence de niveau grade master. De nombreux étudiants se projettent dans leur futur post diplôme par une continuité de parcours universitaire. Pour Barthélémy¹⁶⁴ : « *Barthélémy a bien envie de s'orienter vers un master en recherche scientifique pour "pousser ensuite jusqu'au doctorat et faire de la recherche sur la neurologie ou la douleur, en lien avec la kiné* ». Nous notons par ces propos que certains étudiants auraient intégré la possibilité de poursuivre des études universitaires, grâce à la validation du D.E en massokinésithérapie. Cette formation initiale est de fait considérée comme universitaire. Pouvons-nous en conclure que la représentation identitaire de la massokinésithérapie en est modifiée ? Le métier de MK et sa formation initiale ne sont plus considérés comme une « simple » formation professionnelle, mais bien comme une formation universitaire.

Pour conclure, nous constatons que l'origine de ce métier portait un terme symbolique. Symbolique au sens retrouvé dans le Larousse : « *qui n'est pas réel, qui n'a pas de valeur en soi, mais qui est significatif d'une intention* ». Pour Lacan¹⁶⁵ (1953), le symbolique est inclus dans un ensemble à trois axes : le symbolique, l'imaginaire et le réel. Cette trilogie permet « *de définir l'activité propre à l'être humain en tant qu'il est soumis à l'activité du langage et qu'il est fait pris dans un système d'échanges définissant aussi bien la culture que l'inconscient* ».

¹⁶² Arrêté du 7 juillet 2021 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021, [Arrêté du 7 juillet 2021 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

¹⁶³ Arrêté du 15 septembre 2020, [Arrêté du 15 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

¹⁶⁴ ONISEP, Site consulté 20/11/2022, [Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute - Onisep](#)

¹⁶⁵ Lacan J., 1953, « *Le symbolique, l'imaginaire et le réel* », *Bulletin interne de l'Association française de psychanalyse*, 1953, p. 413.

À sa création, ces trois axes se retrouvent dans :

- Le symbolique : Pour les médecins, ne pas perdre la main sur ce corps de métier naissant, et rester à la place élevée dans la société. Pour les MK, occuper seul l'espace de la rééducation qui se libère. Trouver le positionnement sociétal.
- L'imaginaire : Pour les médecins, rester les garants de la médecine. Pour les MK, être reconnu comme véritables professionnels du soin.
- Le réel : Pour les médecins, partager des compétences avec les MK tout en les maîtrisant, tout en gardant leur place sociale. Pour les MK, essayer de gagner en autonomie.

À ce jour, ces trois axes ont évolués vers :

- Le symbolique : Pour les médecins, rester les prescripteurs de la kinésithérapie et ne pas perdre la place élevée dans la société. Pour les MK, pouvoir prétendre à une formation universitaire complète et changer de statut social.
- L'imaginaire : Pour les médecins, rester les seuls acteurs prescripteurs de la kinésithérapie. Pour les MK être reconnus comme professionnels autonomes de leur formation, de leur prescription, et de leurs décisions thérapeutiques, être définitivement autonomes.
- Le réel : Pour les médecins, continuer à maîtriser le rôle décisionnaire sur la formation et le métier de massokinésithérapie, garder la place élevée dans la société. Pour les MK se libérer de l'empreinte médicale toujours présente sur la formation, la validation, et les prescriptions en massokinésithérapie.

Le corps médical, pour garder sa place dans la société, a organisé l'ensemble des cursus médicaux et paramédicaux. La représentation sociale d'un groupe est intégrée dans l'image de l'identité personnelle et professionnelle. Pour Abric¹⁶⁶ (1994) la représentation sociale repose sur « *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne* ». À ce jour, le groupe professionnel des MK s'émancipe du corps médical. Son autonomie lui permet de recentrer sa dénomination. Ce sont bien les MK qui sont interrogés (Enquête EBP) et qui porteront au législateur le nouveau titre de ce métier. Des négociations ont été interrompues depuis la crise du COVID. Elles ne sont pas réactivées. Quelles sont les motivations qui poussent ces professionnels à ce changement ? À ce jour, il n'existe aucune enquête ou recherche sur ce sujet.

¹⁶⁶ Abric J-C., 1994, « Pratiques, sociales et représentations », Paris, PUF, p12

1- La formation initiale de 1946 à nos jours

C'est dans un contexte particulier que cette nouvelle formation voit le jour. Un an après la fin de la seconde guerre mondiale, la France est à reconstruire. Sous l'impulsion du général de Gaulle et de son gouvernement provisoire, l'état français va poser les premières pierres de l'état social à la française. Dans son projet de programme « les jours heureux », du 15 mars 1944, le Conseil National de la résistance (CNR) propose des « mesures à appliquer dès la libération du territoire », sur le plan social, la création : « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ». Cette proposition aboutira à la création de la sécurité sociale (Ordonnance des 4 et 19 octobre 1945)¹⁶⁷. Le conventionnement professionnel entre le praticien et l'état (la sécurité sociale) est une des propositions qui perdure à ce jour. Cela ouvre des droits et devoirs pour le patient, pour le professionnel de santé et pour le régulateur. Ce conventionnement est applicable pour les MK. Ce mode de fonctionnement professionnel est une des compétences des MK. Elle est enseignée en IFMK, et participe à l'identité professionnelle. Nous pouvons nous questionner sur la compétence universitaire pour un enseignement spécifique de ces apports réglementaires, législatifs, organisationnels et de management régulant le métier. Ces enseignements se retrouvent-ils dans les programmes ? Et quels sont les profils des formateurs ? Nous commençons à cerner les différentes composantes de l'identité professionnelle. Nous en donnerons une définition dans le chapitre sur les concepts investis.

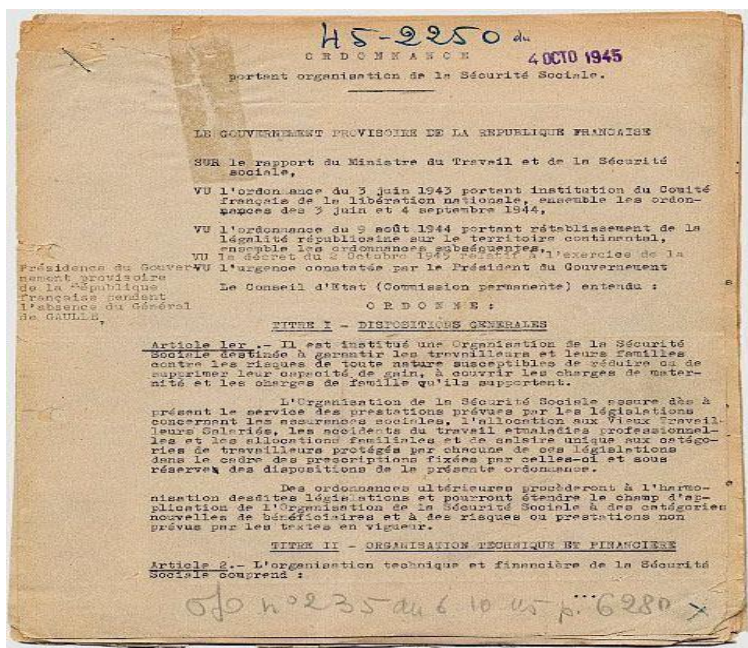


Image n°3 : Extrait du premier décret
Ordonnance du 4/10/1945 CNR

La dénomination, les programmes, le niveau d'étude, et la certification de ce métier en 1946 ciblent les enseignements et les pratiques de l'époque issues du regroupement des divers métiers le constituant. Ceux-ci doivent correspondre à la demande et aux attentes du monde médical.

Dès 1946, puis par la première réforme en 1969, ces enseignements seront dispensés à une grande majorité par des

¹⁶⁷ [Loi n°47-649 du 9 avril 1947 Dite MORICE portant ratification du décret 462971 DU 31-12-1946 relatif à l'institution du régime de sécurité sociale des fonctionnaires sous de l'art.2 réserve du dit décret qui se trouve modifié JORF du 10 avril 1947. Loi n°47-649 du 9 avril 1947 DITE MORICE PORTANT RATIFICATION DU DECRET 462971 DU 31-12-1946 RELATIF A L'INSTITUTION DU REGIME DE SECURITE SOCIALE DES FONCTIONNAIRES SOUS RESERVE DE L'ART. 2 DUDIT DECRET QUI SE TROUVE MODIFIE - Légifrance \(\[legifrance.gouv.fr\]\(http://legifrance.gouv.fr\)\)](#)

médecins¹⁶⁸ ou des chirurgiens¹⁶⁹. Certaines matières seront détachées à des non médicaux¹⁷⁰, dont des masseurs et des professeurs de gymnastique. La place de formateurs masseurs kinésithérapeutes au sein des IFMK, se retrouve sur les « apprentissages professionnels ». Pour Roger¹⁷¹ (2013), « *L'apprentissage professionnel est d'abord pensé comme un double processus d'élaboration-conception et de construction-développement de savoirs nécessaires à l'exercice d'un travail, d'un métier ou d'une profession* ».

Nous essayerons de mettre en avant les différentes étapes d'une identité professionnelle et ses variations par le prisme des textes régissant cette formation initiale. Nous essayerons, en analysant les verbatim utilisés, de faire ressortir une posture professionnelle des formés. La posture des « enseignants, des formateurs, et des étudiants » pouvait être analysée par des observations. Cette méthodologie n'est applicable que sur notre période de recherche. Cet outil n'a pas été exploité. Pour Ardoino¹⁷² (2000), « *« Posture » est pris, ici, a sens de position. Il faut y entendre le système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets, dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales* ». Ces propos sont complétés par ceux de Mulin (2013)¹⁷³ : « *La posture professionnelle apparaît bien comme le produit de plusieurs processus en jeu pour intégrer les entités hétérogènes, incertaines et processuelles* ». Pour partons du postulat que les verbatim employés seront considérés comme un de ces processus de la construction identitaire.

Cette analyse se fera sur les cinq réformes de la formation initiale.

Nous rappelons que le premier synopsis de cette formation initiale, en 1946, est apporté par le corps médical. Remondière¹⁷⁴ (1994) précise que : « *Une grande partie des pratiques utilisées en kinésithérapie sont d'origine médicale et ont été utilisées, justifiées, transformées, codifiées, c'est-à-dire en réalité médicalisées, à la fois par les médecins, mais aussi par des chirurgiens* ». Ce métier naissant est porté par diverses actions syndicales (Macron 2015)¹⁷⁵, mais reste sous l'autorité « du dernier mot décisionnel » au corps médical. Macron¹⁷⁶ (2015) rappelle que : « *Le but poursuivi est de « [...] 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* ». À compter de cette date, ce strict encadrement réglementaire va exclure du massage et de la gymnastique médicale tous ceux qui n'ont pas obtenu le précieux sésame que représente le diplôme d'Etat, dans la mesure où les procédures d'équivalence initialement prévues ne seront que temporaires ».

¹⁶⁸ Ibid. p.19, citant le docteur FEGE A, « FEGE A., (1910) *Massothérapie de l'arthrite blennorragique à la phase aiguë*. Thèse en médecine, externe des hôpitaux, né le 9 juillet 1883, il sera chargé des cours de massothérapie en 1946 au Cours de gymnastique médical et de rééducation fonctionnelle des Enfants Malades », bas de page 220

¹⁶⁹ Fèvre Marcel (1897-1977), pédiatre et chirurgien en chirurgie infantile, site EKP, « le premier cours complémentaire de Gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle ». [Notre histoire - EKP](#), consulté le 1/09/2022

¹⁷⁰ Ibid. p.19, citant M. Desmonts « *nous devons particulièrement cette passion de l'enseignement à M. DESMONTS enseignant à l'école de 1946 à 1994. Ses qualités humaines et professionnelles nous ont toujours accompagné et servi de modèle* », bas de page, p.9

¹⁷¹ Roger L., 2013, « Apprentissage professionnel » p.37 à 40, dans Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, 2013, Hors collection, Ed. De Boeck Supérieur, p.213

¹⁷² Ardoino J., 2000, « *Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant* », dans Les avatars de l'éducation (2000), p.70 à 91.

¹⁷³ Ibid. 171, Mulin T., 2013, « Posture professionnelle » p.213-216, dans « Dictionnaire des concepts de la professionnalisation », 2013, Hors collection, Ed. De Boeck Supérieur, p.213

¹⁷⁴ Ibid.5, p.2

¹⁷⁵ Ibid. 103, « *Une action syndicale concertée et constructive va permettre de faire évoluer favorablement la situation d'autant plus que le contexte politique de l'époque va se révéler propice à l'édiction d'une loi en la matière* ».p.71

¹⁷⁶ Ibid. 103, p.74

L'ensemble des réformes successives essayera de faire évoluer « l'emprise » médicale sur cette formation, par l'implication des MK eux-mêmes comme formateurs. Ces formateurs MK, souvent en activité mixte : MK pratiquant et formateur, auront un réel impact sur l'identité spécifique de ce métier, apporté aux étudiants.

La réforme de 2015¹⁷⁷ perpétue la présence du corps médical, comme un des trois acteurs sur cette formation initiale. Le processus d'universitarisation de cette formation et de la validation du DE est signé par ces trois acteurs : les IFMK, une université disposant d'une composante santé, le conseil régional. Les MK sont toujours reconnus comme des « auxiliaires médicaux¹⁷⁸ ». Les processus de professionnalisation et d'universitarisation de ce métier et de sa formation initiale n'ont pas changé la posture de ces acteurs. L'identité professionnelle en est impactée. Au regard de ces propos, nous pouvons nous questionner sur un choix à venir : faut-il continuer dans cette démarche médecin/paramédicaux, ou, créer officiellement une branche universitaire spécifique à et pour la massokinésithérapie. Celui-ci soulève aussi des questions sur la section CNU 91, et de sa formation initiale commune aux futurs professionnels du monde de la rééducation. Comment un corps de métier peut-il avoir une identité propre ?

Nous compléterons nos propos sur le point suivant : l'universitarisation de cette formation et la professionnalisation de ce métier intègrent ces deux processus aussi pour les enseignants/formateurs.

À ce titre, pour ce corps de professionnels et avec l'appui de la FFMKR, est ouverte l'école des cadres, propos apportés par Macron¹⁷⁹ (2015) : « Dans la revue « Kinésithérapie », en 1964, il est porté à la connaissance des adhérents que « [...] le premier congrès administratif de la Fédération s'est prononcé pour la création d'une École de cadres afin de former des kinésithérapeutes enseignants, moniteurs de stages ou cadres de services de rééducation. Les délégués fédéraux [...] ont présenté cette motion au Ministère de la Santé, puis sur la demande du Ministère fait préparer par la commission de l'enseignement un projet de programme pour cette école de cadres ». Ce projet présenté au Ministère le 23 octobre de la même année ayant été accepté, la FFMKR a été autorisée à ouvrir une École de Cadres ». À la sortie de cette formation, les diplômés recevront un certificat de masseur kinésithérapeute moniteur. Avec ce titre ils pourront accéder à des fonctions d'enseignement et d'encadrement (Décret de juillet 1967 et Arrêté de mai 1968). Et par l'arrêté du 18 août 1995, ils pourront bénéficier de la formation de cadre de santé et ainsi en obtenir le titre. Plus récemment Perez-Roux¹⁸⁰ (2019), précise que les formateurs sont aussi des acteurs et bénéficiaires de cette universitarisation/professionnalisation : « leur projet vise, au moins pour partie, à développer/approfondir des adossements théoriques et méthodologiques, dans le but de mieux investir la formation. Un double processus d'universitarisation et de professionnalisation se met en place, amenant des formes d'adaptation institutionnelles, organisationnelles et personnelles, étudiées plus précisément à l'échelle locale ». Cela pose comme question : comment des formateurs en pleine réflexion sur leur propre métier, et son enseignement, peuvent-ils « proposer » une identité professionnelle stable aux étudiants, si pour eux-mêmes elle les interroge.

¹⁷⁷ Ibid. 11, Article 1

¹⁷⁸ Ibid., Code de la santé publique, Partie législative, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre II : Professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue, Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute, articles L4321-1 et s.

¹⁷⁹ Ibid. 103, p.210

¹⁸⁰ Ibid. 4, p.232

2-1 De 1946 à 1962 : les premiers masseur-kinésithérapeutes formés :



Image n°4 : 30/04/1946 Journal Le Masseur Kinésithérapeute

Introduction

La loi n° 46.857 du 30 Avril 1946¹⁸¹, tend à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure. Par l'arrêté du 27 novembre 1946, il y fixe le programme des études en masso kinésithérapie. Ce programme est présenté sous forme de livret de 10 pages. En page 1 un préambule cadre l'enseignement. De la page 2 à 6, c'est la première année qui est exposée. La page 7 à 10 est réservée aux stages.

Ce premier décret, commun avec celui de pédicure (De nombreuses écoles proposent un enseignement mixte), officialise la naissance des études réglementées, et des pratiques légalisées du massage et de la gymnastique médicale, intervenant dans une démarche politique globale, post Seconde Guerre mondiale, de réorganisation de la santé publique. Cette réglementation élimine les pratiques douteuses (comme le rebouteux souvent retrouvé dans les campagnes) et surtout assure l'efficacité des traitements proposés aux patients, par le contrôle du corps médical.

Le document de référence : Programme du diplôme d'état approuvé par le décret du 27 Nov. 1946 (J O du 8 12 46), est consultable en pièce annexe. L'argumentation sera paraphée de la page et du titre exposé.¹⁸² Ce document est composé de 10 pages regroupant l'ensemble du programme de cette formation initiale.

Cette première formation dure 2 ans d'études minimum (Préambule I), sanctionnées par le diplôme d'état de Masseur-kinésithérapeute, pour 850 heures de cours et 16 mois de stage (Préambule II). Une liberté d'aménagement du planning est laissée aux écoles, tout en respectant le texte en vigueur :

¹⁸¹ Loi n°46-857 du 30 avril 1946 Ation. De l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 1 mai 1946. [Article - Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE MASSEUR GYMNASTE MEDICAL, DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET DE PEDICURE - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\). p.3653](#)

¹⁸² Annexe n°1, Programme du diplôme d'état approuvé par le décret du 27 Nov. 1946 (J O du 8 12 46). PDF

- 425 heures de cours par année ;
- travail quotidien, de six heures, réparties en trois heures de travail théorique et d'applications pratiques, et de trois heures de stages hospitaliers **ou** d'entraînement gymnique personnel ;
- Pour la première année, seuls les chapitres A, B, C, E, F précisent le total des heures à effectuer. Pour le chapitre D, les 50 heures d'enseignement sont décomposées par matière (20 h pour les notions de psychologie, 20 h pour les notions de pédagogie et 10 h pour la déontologie). Pour le chapitre G, stages, ce sont 2 périodes en mois qui sont présentées.
- Pour la deuxième partie, les chapitres A, la Kinésithérapie passive, la Kinésithérapie active sont présentés le nombre d'heure à effectuer. Le chapitre B est annoncé pour 50 h, ventilées en deux fois 25 h. Pour les stages, c'est une période de huit mois qui est présentée.

Les cours débiteront début septembre et ce, pour la durée définie par le texte, avec une autonomie d'aménagement des plannings cités ci-dessus. Nous notons que l'entretien quotidien de sa forme physique, est requis. Nous pouvons nous questionner sur ce métier qui nécessiterait une force et une grande forme physique. L'apprentissage de la gymnastique passerait-il par une appropriation personnelle des différents exercices, qui seraient proposés aux malades ? Une identité professionnelle se dessine. Elle est programmée conformément au texte de loi.

Cet emploi du temps fait ressortir : une mobilité des étudiants pour se déplacer sur les lieux de stage (lorsque l'école n'est pas dans les locaux de l'hôpital : comme l'EFOM, (École Française d'Orthopédie et de Massage, créé en 1889 par le Dr Archambaud, devenu aujourd'hui l'école de formation paramédicale, enseignement supérieur privé, Paris dont un des dirigeant était M. Boris Dolto (1899-1981) époux de Md. Françoise Dolto (1908-1988). De cette union est né Jean-Chrysostome Dolto (1943-2008), MK de formation, et plus connu sous le nom de Carlos, chanteur. Ces noms perdurent de nos jours. Cet IFKM est connu sous le nom « d'école de kiné de Dolto » avec une bonne « réputation»). Cette mobilité est une des composantes de l'identité professionnelle en construction. L'attachement à une école de formation (puis les IFMK) apportera un regard différent selon les enseignements proposés. En fonction de votre établissement et de sa réputation, l'identité professionnelle ne sera pas identique.

Dans le préambule V, « *L'enseignement des matières « médicales » (Anatomie-physiologie et Sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale, psychologie) doit obligatoirement être fait par des docteurs en médecine* ». Nous retrouvons par cette injonction d'obligation la forte présence du monde médical sur l'enseignement. De plus, si nous prenons exemple sur ces premiers établissements (la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des enfants malades devenue ADERF) la direction était tenue par des médecins¹⁸³ avec un titre de « professeur en médecine », ce titre est réservé (et lié à l'histoire des universités par les chaires universitaires) pour des médecins hospitaliers, dont un des rôles est l'enseignement. Les savoirs « scientifiques » de cette époque sont reconnus par tous. Ils sont identifiés comme experts. De ce fait, la régulation et la maîtrise des enseignements restent sous la coupe médicale. En maîtrisant les savoirs enseignés, les médecins en

¹⁸³ IFMK ADERF, site de l'établissement consulté en ligne sous : [Notre histoire - EKP](#), « Parmi les neuf médecins spécialisés en massage et en gymnastique médicale nommés membres de ce premier conseil, figurent outre le professeur FEVRE, quatre autres enseignants du cours de gymnastique médicale les docteurs Pol Le Cœur , Lance, Allyre-Alice Triboulette-Chassevant et Bernard DUHAMEL, c'est dire le rôle déterminant reconnu à cette équipe dans l'enseignement et la pratique de la kinésithérapie.

maitrisent aussi l'évolution. L'autonomie de ces MK n'est pas actée. Cette autonomie « contrariée » doit être intégrée dans la posture des futurs MK. L'identité professionnelle reflétera cette posture.

Une grande majorité des cours étaient sous forme de « monologue » dispensés par ces formateurs médicaux. C'est à ce titre que nous utilisons le terme « savoir ». La notion de « savoir faire » se retrouvait sur l'enseignement des pratiques, toujours contrôlée par les médecins. Ils seront retrouvés lors des stages. L'intervention des MK formateurs aidait le discours. Nous pouvons nous questionner sur la posture de ces différents intervenants. Nous retrouvons là, la notion de « sale boulot » décrite par Hughes¹⁸⁴ (1996).

Les écoles devront rendre compte des titres des intervenants (Préambule V). Cette démarche, dans le cas où un établissement ne peut trouver suffisamment d'intervenants, un « jumelage » est fortement conseillé. Toutes ces interventions restent sous le regard et l'agrément du CSK, dont un des rôles pourrait aller jusqu'à la fermeture de l'établissement, si celui-ci ne répond pas aux textes en vigueur (Préambule VIII). Nous remarquons avec ces propos une première incohérence : les IFMK sont gérés par des médecins (gestion administrative et certains enseignements), mais c'est le CSK (instance pour les MK mais constituée à une grande majorité de médecins) qui valide les différents profils des intervenants. Une autonomie est donnée aux MK de cette instance. Ce premier signe de césure (par le nom masseur kinésithérapeute) apporte à ce métier naissant une reconnaissance singulière. Une identité professionnelle propre est mise en avant pour ces « MK » du CSK. Cette identité est-elle transposable sur les MK en formation initiale et en exercices ? Ce terrain n'a pas été exploré. De très nombreux MK de cette époque sont décédés.

2-1-1 Répartition par année

a-La première année

Elle recouvre un champ très vaste d'apprentissages théoriques, pratiques et des périodes de stages (3 mois de stages hospitaliers et 5 mois de stages gymniques personnels). Nous constatons qu'ils sont mutualisés aux différents intervenants dans les soins hospitaliers. L'intervention de ces nouveaux élèves/stagiaires se fera dans des services d'infirmierie (p.6, G) pendant une durée de trois mois où il est demandé d'appliquer des pratiques hospitalières infirmières apprises en théorie (et au regard de l'époque, nous pouvons imaginer que ces cours étaient des cours magistraux, où seul le médecin intervenait déclamant son savoir, et où l'étudiant apprenait et récitait¹⁸⁵). Ce programme était-il commun avec celui des infirmières ? Tous ces cours théoriques sont les bases minimales des savoirs concernant le corps humain sain. L'anatomie et la physiologie sont les mêmes que l'on soit médecin, infirmier ou masseur kinésithérapeute. La différence se fera sur les domaines d'applications de chaque profession. Loi 46-630 du 8 avril 1946¹⁸⁶, article 4, relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, et l'ensemble des décrets posant les enseignements théoriques, met en évidence des enseignements théoriques communs, dont creux retrouvés pour les MK.

¹⁸⁴ Quentin Alain., 1997, Citant Hughes Everett C., Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean- Michel Chapoulie. In: Revue française de sociologie, 1997, 38-4. Le suicide un siècle après Durkheim. pp. 823-825; https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1997_num_38_4_4670. « Sale boulot: délégation des tâches ingrates », p.823

¹⁸⁵ Ancien entretien M2, Annexe n°2, ligne 348 à 350

¹⁸⁶ [Loi n°46-330 du 8 avril 1946 RELATIVE A L'EXERCICE DES PROFESSIONS D'ASSISTANTES OU D'AUXILIAIRES DE SERVICE SOCIAL ET D'INFIRMIERES OU D'INFIRMIERS - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Le soin, seul, reste détaché aux « petites mains » que sont les auxiliaires para médicaux, considérés par les médecins comme des « illettrés, ou d'un niveau intellectuel inférieur ». Ternes forts, mais réalistes au regard des différentes recommandations du texte dont (page 4, C II) : « Notions de pathologie générale et de séméiologie (10 heures) : « *il s'agit de familiariser l'élève avec les termes qu'il entendra quotidiennement et que, bien souvent, il utilisera à contresens, faute d'une explication préliminaire* ». Cet enseignement reste très succinct, ne dépassant que de 10 heures pour tout le vocabulaire médical, passant par une familiarisation des termes et non d'un apprentissage approfondi, complet. On retrouve là, une hiérarchisation de la terminologie médicale en fonction du public soignant touché. Le « bornage » de l'identité professionnelle prend forme.

Pour cette première année, les cours fondamentaux concernant le corps humain sain, représentent 100 heures, et sont enseignés par les médecins. Ce sont des approches complètes des différents systèmes régulant la vie du corps humain sain, à l'exception de la biologie générale, l'histologie et l'embryologie domaines gardés du corps médical. Ces domaines sont abordés par des « notions ». Nous retrouvons ce même terme « notion » sur les articles suivants. Les outils de diagnostic sont présentés avec un terme très large (p.4, C II) : « *Principaux modes d'exploitation des différents appareils :..... Notion très succinctes sur les instruments permettant une exploration plus précise : stéthoscope, endoscope, divers spiromètres, sphygmomanomètres* » et des « *notions très sommaires* » sur les hormones (p.2 ; A III 8). Nous pouvons nous questionner sur le bien fondé de ses limites d'enseignement. Ce sont tous des outils et des moyens de diagnostic, domaine réservé qu'aux seuls médecins, et dont la connaissance ne peut être transmise à d'autres. Par ces examens, le médecin pouvait avoir un moyen de contrôler « l'efficacité » des soins apportés, par les différents intervenants.

Une trentaine d'heures est consacrée à l'apprentissage de diverses notions élémentaires en médico-chirurgicale (p.3, C) pour la bonne compréhension des soins hospitaliers, confirmant un peu plus les stratégies développées par les médecins. À cette époque, l'intervention des MK se faisait au sein de l'hôpital, ou dans des centres de cure thermale (pour le massage). L'activité libérale commencera bien plus tard. Elle se retrouvera dans les grandes agglomérations. Les pratiques sont réglementées par la prescription médicale, mais comment sont-elles appliquées à distance des médecins ? L'activité libérale est-elle une des premières opportunités d'autonomie de pratique. Comment la gestion « des techniques » était-elle « gérée » par ces MK ? Nous touchons là, une approche différenciée de deux pratiques : celle appliquée au sein d'établissements médicaux et celle pratiquée « librement » en cabinet de ville.

Une des spécificités de ce métier (MK) est de voir, toucher, bouger, « tordre », le corps de l'autre, comment, à cette époque, la visualisation de celui-ci était présentée aux étudiants ? Par une lecture du nu du corps sain (p.2, A, II, 2). Au regard de l'époque, quel regard pouvaient en avoir les étudiants ? Nous remarquons, sur cette photo, que le public concerné, étudiants MK, est constitué



de 25 femmes et de 17 hommes. L'enseignant est un homme. Nous ne pouvons pas répondre à notre dernière question faute de source.

Une place de 20 heures est réservée à l'hygiène, tant à titre personnel, qu'à titre prophylaxie (début d'une prise de conscience d'une l'éducation thérapeutique ?). Ces heures d'enseignement, ajoutées à celles de préparations physiques décrites ci-dessus, affichent un professionnel de santé en pleine forme, ayant une hygiène de vie individuelle (p.3, B, 1) réglementée et devant représenter la « norme »

pour le patient, comme les exercices de gymnastiques proposés par le MK aux patients.

Une partie de l'enseignement est réservée aux approches théoriques autres que spécifiques du métier de MK, sous forme de notions. Sur 50 heures (p.4, D) les notions de psychologie sont abordées mélangeant des niveaux différents : de la toute petite enfance, jusqu'à la vie morale de la personne. Toutes ces notions devront être prises en compte pour le bon déroulement de la rééducation (p.4, D, I, 6).

Un regard pédagogique et déontologique est porté à la connaissance des étudiants, pour officier sur des bases communes pour et par l'ensemble du métier. Nous notons que les termes employés restent très directifs, voire militaires, comme : discipline et autorité, diction et commandement, organisation et conduite, observation, contrôle, collaboration, devoirs, responsabilités. Ce rôle de régulation/contrôle du monde médical est appuyé de nouveau dans ce texte par ces termes : collaboration avec le médecin, secret professionnel (qui est commun aux différents intervenants du monde médical et hospitalier), « *insister particulièrement sur les limites de l'exercice de la profession : le M.K ne doit appliquer aucun traitement autrement que sur ordonnance médicale* (p.5, D, II, 4,))», ce qui impose au MK l'acceptation de la prescription, sans droit de regard sur son aménagement des traitements proposés, voire même d'officialiser une non prise en charge, qui pourrait être basée sur une approche diagnostic spécifique du MK. Par son savoir-faire, son expérience, le MK remettrait en question le diagnostic médical du « tout puissant ». Les limites de la profession (terme employé dans le texte, et non métier : cette différence de terminologie ne semble pas d'actualité à l'époque du texte) sont donc bien définies. L'identité professionnelle en est perturbée. Comment une pratique écrite peut-elle être discordante avec la prescription médicale ? La balance « bénéfice-risque » médicale ne propose pas les mêmes critères que celle des MK. Nous nous interrogeons sur la posture du MK libéral. Comment peut-il officier sans « contrarier » le regard

posé par le médecin prescripteur ? Nous retrouvons là les débuts de l'acceptation d'une autonomie des MK face au corps médical. À ce jour, elle n'est actée que partiellement. L'approche kinésithérapique est toujours sur prescription médicale. Ce domaine n'a pas été exploré.

La partie professionnelle, enfin, est consacrée par des apports théoriques de 225 heures, non basés sur des notions. Elle est scindée en deux grands chapitres de répartition inégale. La plus large plage horaire étant réservée au massage (p.5, E), 125 heures, dans laquelle nous retrouvons des soins ne le concernant pas comme la mécano-thérapie (ou la machine remplaçait le MK), les mobilisations actives, passives pouvant être accompagnées d'un massage. Le reste des 100 heures est consacré à l'enseignement des techniques de gymnastique. La description de ces dernières ne fait pas apparaître l'application de ces exercices aux pathologies traitées (exemple : après une intervention chirurgicale osseuse, ou après une immobilisation, quels sont les exercices de gymnastique proposés au patient ?). Des sources validées dès la fin du XIXe étaient disponibles (dont Estradère 1863, SDK en 1900, Au Canada en 1923, et l'ensemble des sources citées dans l'historique de cet écrit). Le regard, que peut poser le patient sur les exercices proposés par le médecin et effectués par le MK correspondent-ils à son attente ? Nous n'avons pas trouvé de sources pour cette question.

Ces exercices seront enseignés durant cette première année et de manière répétitive, obligatoire, tant en théorie (p.6, II), qu'en pratique (p.6, G, II) sur 6 mois et hors écoles. Cette pratique, hors établissement de soins, reste centrée sur l'étudiant, aucune approche du patient de la pathologie et donc du « handicap » (au sens large du terme, état transitoire ou définitif), n'est proposée. Les exercices sont appris, répétés, corrigés, surement par l'enseignant, soit par les étudiants eux-mêmes, qui à tour de rôle sont étudiants et patients. Ces débuts de vision du métier, sont bien loin du monde réel que représente le patient avec toutes ces difficultés. Une obligation de massage hygiénique et sportif est formalisée. Cette obligation peut être interprétée comme un apprentissage concret du massage, sur plusieurs techniques. Pour l'étudiant, de « profiter » des bienfaits thérapeutiques de ces techniques afin de rester en forme après l'activité physique. Un rôle important d'écoute du patient semble avoir été oublié (volontairement ou pas), mais en tenant compte de l'époque des textes et des patients concernés (hospitalisés, curistes) ce discours n'avait pas de place. Le patient s'en remet au diagnostic médical, sans le contredire.

Cette première année d'étude terminée, l'étudiant aura été « programmé » (intitulé du texte) à être un bon auxiliaire « infirmier », bien dans son corps, bien dans sa tête, ayant une bonne hygiène de vie, dont la moralité irréprochable, ne contestant pas l'autorité médicale, pouvant comprendre les termes, les utiliser pour pouvoir travailler. Première année où l'approche même en pratique sur patients n'est pas proposée, il ne reste donc qu'une année pour y parvenir. La réalité est-elle aussi « stricte » que décrite dans ce texte ? Les stages en milieu hospitalier n'étaient-ils tous ciblés que sur une pratique infirmière ? Nous n'avons trouvé aucune source pour exploiter ces propos. L'identité professionnelle proposée par cette première, ne laisse pas de place à raisonnement kinésithérapique. Une identité commune MK et infirmier est proposée. L'identité propre au MK semble partielle.

b-La deuxième année

Sur le même modèle de la première année, la seconde année est découpée en apprentissages théoriques de 450 heures, et de pratiques en stages hospitaliers (huit mois, à raison de 15 heures par semaine, le matin).

35 heures, de révisions sont proposées sur les enseignements de première année, et ce dans les domaines spécifiques du métier que sont l'anatomie générale et la mécanique attenante (mouvements et gestes sains). Cette approche est de nouveau apportée par une des notions d'anatomie et de physiologie-pathologie, afin et enfin, de découvrir le cœur du métier : le soin, adapté au patient, et non plus l'approche théorico-pratique du corps sain. Sur 50 heures (page7, B) le même enseignement restrictif (« *Éléments de pathologie médicale et chirurgicale* ») est proposé aux élèves (p.7, B) ; « *toutes les notions enseignées devront rester sommaires* », mais ciblé sur l'action du masseur kinésithérapeute : « *Il ne s'agit pas de faire un cours complet de pathologie, mais uniquement d'étudier les affections pour lesquelles un traitement kinésithérapique peut être indiqué à un moment donné et surtout de faire ressortir la place de celui-ci, ses indications et contre-indications* ». L'action directive du médecin sur les savoirs de la bonne action des kinésithérapeutes est de nouveau officialisée, ne laissant pas de place à une quelconque réflexion sur la prise en charge ou non du patient (du début à la fin du traitement). Seul le médecin, par sa connaissance globale de la pathologie, est en mesure de faire « la part des choses ». Il reste le seul décisionnaire des actes de soins à pratiquer. Comment pouvons-nous voir l'action du kinésithérapeute si au cours d'un soin prescrit, le patient ne « guérit » pas ? Comment un étudiant MK peut-il « transmettre » son regard sur cette question ? Un Mk avant d'être étudiant est « *un être social pourvu de sensibilité avec une intelligence et une volonté proprement humaines* » (Fischer G.N¹⁸⁷, 2020). Sa sensibilité et ses intuitions doivent-elles s'exprimer face au patient ? La posture d'agent et l'image qui en découle, sont un des aspects de l'identité professionnelle développée dans ce texte.

Nous retrouvons aussi, dans cet enseignement, une place non négligeable du rôle des stations thermales françaises (p.7, I, 11). La continuité de cette prise en charge se fait avec les mêmes termes, les mêmes exercices, la même obéissance. Ce que nous pouvons envisager, c'est que le médecin à un regard complet sur la prise en charge de son patient, qu'il reste ou non au sein de son cabinet, de l'hôpital ou en centre de cure thermale.

Une place très importante, de 170 heures, est consacrée aux les techniques de massage appliquées aux pathologies, et là encore, sous le terme massage, y sont inclus les actes de mécanothérapie, d'hydrothérapie et de thermothérapie, que l'on retrouvera dans les centres de cures thermales. Cet enseignement de la théorie de la pratique du pathologique, est réparti en temps, à l'identique : 170 heures pour la massothérapie et 170 heures pour la gymnastique médicale et orthopédique. Cette dernière sera enseignée sur le même modèle que le massage, et des conseils communs seront à développer pour pouvoir servir le médecin (bas p.9) : « *Il sera utile de coordonner l'enseignement de la pathologie, de la Kinésithérapie active et de la massothérapie, de manière à donner aux élèves une vue d'ensemble des ressources thérapeutiques que la Kinésithérapie peut apporter au médecin pour le traitement d'une affection donnée* ». Nous pouvons noter, que la notion de visualisation globale sur les possibilités d'actions des kinésithérapeutes est officialisée. Le regard porté par ce professionnel doit servir le médecin et non lui-même. Le rôle du kinésithérapeute peut être assimilé comme une médication, par le médecin, dont l'ajustement thérapeutique se fera tout au long des soins, et sous la seule responsabilité médicale. L'autonomie kinésithérapique n'est pas actée. Cette posture du MK impacte l'identité professionnelle.

¹⁸⁷ Fischer G-N., 2020, « Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale », collection Psycho Sup, Editeur Dunod, p.41 à 74, P.42

Les stages pratiques se déroulent à l'hôpital dans les services où la kinésithérapie « *trouve son rôle* ». Une « petite » demi-année de pratique pour couvrir tous les champs d'applications du massage et de la gymnastique. Nous pouvons imaginer, que sur ces terrains de stages, se côtoyaient les étudiants (première et deuxième année), les premiers « formateurs » dont certains avaient reçu leur diplôme sur titre¹⁸⁸, et les premiers formés diplômés. Nous rappelons que les premières années n'officialiaient que sur des pratiques d'infirmières. Cette mixité a-t-elle participé à la construction identitaire professionnelle des MK ? Pour Gohier (2000), cité par Fray (2010)¹⁸⁹ : « *L'identité professionnelle est donc avant tout une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale* ». Fray (2010) y ajoute : « *D'un point de vue global, la notion d'identité professionnelle renvoie à trois éléments principaux :*

- *Le monde vécu du travail : La situation objective de travail et la signification que lui accorde l'individu,*
- *Les relations de travail : la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels,*
- *Les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir : description des différentes étapes et des changements afférents à l'activité professionnelle».*

Avec ces propos, nous pouvons envisager qu'une identité professionnelle informelle et formelle c'est « façonnée ». Ce groupe professionnel, par ces échanges et interactions, a posé les bases de l'architecture de la future réforme de 1969. Un début d'un processus de professionnalisation est retrouvé. Pour Beckers¹⁹⁰ (2007), « *le terme « professionnalisation » traduit un processus : polysémique, il désigne tout à la fois l'évolution d'un métier vers plus de reconnaissance sociale avec les stratégies que cette valorisation statutaire suppose, l'accroissement des exigences sociétales vis-à-vis des travailleurs à qui sont confiées des responsabilités importantes et les modifications dans la manière dont ces travailleurs exercent effectivement leur métier au quotidien* ». Pour Wittorski¹⁹¹ (2008), le processus de professionnalisation, inclut une recherche d'autonomie : « *Les membres d'une même activité de travail ont tendance à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire, et à se protéger de la concurrence* ».

Nous trouvons, par le décret n°67.652 du 27 juillet 1967¹⁹², création du certificat de masseur kinésithérapeute moniteur, un début de regard fait par et pour les Mk. C'est de nouveau après avis du CSK, que celui-ci est établi. Pour l'obtention finale de ce certificat, dont le jury national est composé de cinq membres, trois médecins et deux kinésithérapeutes (la majorité reste médicale), il est demandé au masseur kinésithérapeute-étudiant une note de 48 sur 80 (80 étant le total des différentes épreuves : 40+20+10+10), soit une moyenne de 12 sur 20. Ce que nous pouvons noter, et confirmer les propos écrits ci-dessus, une part de « liberté » d'écriture est laissée aux formés par la production d'un mémoire ou d'un travail personnel (colonne de droite, Art.6). La liberté d'écriture

¹⁸⁸ Ibid.182, Art. 2, 2^{ème} paragraphe

¹⁸⁹ Fray, A-M et All, 2010, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité de vie au travail* », Management Prospective ED. / « Management et Avenir ». 2010/08 n°38/ p.72 à 88. p.75

¹⁹⁰ Beckers J., 2007, « *Chapitre 1. Professionnalisation d métier, professionnalité des travailleurs* », Dans : «Compétences et identité professionnelle », p.11 à 34, Collection de pédagogie en développement, Ed. De Boeck Supérieur. p.11

¹⁹¹ Wittorski R., 2008, « *La professionnalisation* », L'Harmattan/ « Savoirs », 2008/2 n°17, p.9 à 36, p ; 18

¹⁹² Annexe n°3, création du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, délivré par un enseignement spécifique en école de cadre de kinésithérapie.

laissée aux futurs diplômés peut-elle être considérée comme un début d'autonomie, de réflexivité. ? Trouvons-nous là les premières réflexions personnelles kinésithérapiques ? L'idéal serait d'avoir accès à ces premiers travaux, mais après des contacts chaleureux avec des responsables de ces écoles, ceux-ci ne sont pas disponibles.

Ces deux années de formation se terminent par le passage du D.E. La moyenne aux trois séries d'épreuves théoriques, orales, et pratiques (dont une épreuve de massage chirurgical, comportant des mobilisations, une épreuve fonctionnelle et une épreuve de gymnastique médicale) le valide. Parallèlement, en 1967 un nouveau texte vient réglementer l'ouverture de nouvelles écoles¹⁹³ de cadre.

Mais très rapidement, et au regard du regroupement d'origine, les masseurs aveugles, dont la loi reconnaît et autorise l'enseignement¹⁹⁴, l'école de l'Association Valentin Haüy de Paris (école pour aveugles) appuie une demande, et ce dès 1949, pour un allongement des études sur trois ans. Cet apprentissage et l'application de la gymnastique posaient certaines difficultés d'enseignement. Il est demandé d'orienter cette formation sur les techniques manuelles appliquées directement sur le patient (massage, mobilisations actives et passives). Ce qui entraînera, après consultation et avis du CSK, à la délivrance du D.E pour les aveugles. Avec la disparition de l'épreuve de gymnastique, un D.E de deux niveaux est acté: un niveau de diplôme pour les aveugles, et un niveau de diplôme complet pour les autres élèves. Cette différence de validité du D.E n'existe plus à nos jours. Nous retrouvons là une identité professionnelle bipolaire.

Après obtention du D.E, le nouveau diplômé pourra exercer son art¹⁹⁵, soit dans le domaine public (hôpital, centre de cure thermique, dispensaire, centre de soins, centre de rééducation) ou dans le domaine privé (clinique, cabinet libéral). C'est pour ces professionnels libéraux, qu'est créé, le régime de la CARPIMKO¹⁹⁶ (loi du 17 janvier 1948, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1949), régime pluri professionnel. Cela acte les débuts d'une activité libérale, avec une pratique « moins contrôlée ». De nombreux professionnels s'installent seuls, libérés de la présence médicale. Quelle autonomie et réflexivité sont développées ? Quels impacts sont retrouvés sur l'identité professionnelle ? Cet axe de recherche n'a pas été exploré.

¹⁹³ Ibid. 186

¹⁹⁴ Ibid.181, Titre 1ier, Art. 2, 1^{er}

¹⁹⁵ Ibid.16, Monet citant Lucas-Championnière, « *s'il fallait confier l'art du massage des fractures aux rebouteurs ou aux garçons de bains qui n'ont reçu aucune éducation, représentants attirés du massage, je serais le premier à conseiller de renoncer aux bienfaits du massage et à s'en tenir aux vieux procédés du traitement des fractures* », p.222

¹⁹⁶ CARPIMKO : caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes. La CARPIMKO est une caisse de retraite créée en 1948, son statut juridique est celui des Caisses de Sécurité sociale. Elle concerne les professionnels exerçant en libéral. À sa création, seul le régime de base existe, auquel s'ajouteront un régime complémentaire en 1955 (réformé en 1996) et un régime supplémentaire en 1962. Le régime complémentaire est mis en place le 1^{er} janvier 1956, il a été étendu aux orthophonistes et aux orthoptistes le 1^{er} janvier 1978. Son fonctionnement a été modifié en 1996 et en 2007. Le régime invalidité décès, Il a pris effet le 1^{er} janvier 1968. Le régime des praticiens conventionnés (ASV) Entré en vigueur, de façon facultative, le 1^{er} janvier 1960, il est devenu obligatoire le 1^{er} juillet 1975. Le régime a été réformé par le décret n°2008-1044 du 10 octobre 2008. Ces régimes sont obligatoires et fonctionnent selon le principe de la répartition. Ils sont donc exclus du champ d'application des directives européennes concernant la concurrence en matière d'assurance. Ce régime a été modifié par la loi du 21 août 2003, portant réforme des retraites, applicable à compter du 1^{er} janvier 2004.

2-1-2 Conclusion

Nous définissons la signification du terme « notion ». Pour les dictionnaires Larousse et Robert, notion est « *l'idée de quelque chose ; concept ; abstraction ; représentation qu'on peut se faire de quelque chose, connaissance intuitive, plus ou moins définie qu'on en a, une ébauche, un regard non complet* ». Ce terme induit une connaissance non globale d'un sujet. Elle peut reposer sur des images informelles, et des représentations qui en découlent. Pour exercer son art, le MK D.E n'a pas la nécessité de connaître la complexité des différents systèmes composant le corps humain. Cette complexité est du seul ressort du corps médical. Cette première formation initiale positionne la posture du futur diplômé comme « agent » (Classification selon Ardoino(1991))¹⁹⁷. L'identité professionnelle théorique en est définie. Une particularité est apportée par le D.E pour les aveugles. Une identité professionnelle bipolaire est actée. Nous pouvons aussi y apporter cette réflexion : quelles représentations du métier avaient les premiers diplômés sur titres. Nous nous posons les mêmes questions sur les premiers formateurs. L'exploration sur cette époque n'a pas été exploitée.

Pour Monnet (2003, p.16) « *La découverte de ces documents et notamment de projets d'études sur 3 années élaborés en 1949* » et les avancées de la recherche, des remontées du CSK, un début de professionnalisation est acté. Celle-ci a débuté par une modification des programmes en 1962. La modification du contenu de la formation initiale suit-elle ce processus naissant ? Ce sont bien les acteurs du terrain qui changent de posture. En étant « force de proposition », les MK deviennent co-auteurs de la formation et des pratiques. Cela complète les changements exposés ci-dessus sur l'identité professionnelle.

2-2 : 1962 une recherche de programme pour une formation plus adaptée¹⁹⁸ :

Introduction

Ce programme est présenté sous forme de livret de 23 pages. On retrouve en page 1 la nomenclature et texte du décret. De la page 2 à 14 la première partie est présentée, de la page 15 à 20 la seconde partie. Et en page 21, l'enseignement clinique (Stages). En page 22 et 23 sont présentés deux tableaux des heures dispensées par matière.

Durant cette période, les avancées et les progrès de la recherche et des technologies, dans tous les domaines, ont fait que, tant les diagnostics médicaux, les thérapeutiques et les matériels de soin se sont affinés, perfectionnés, miniaturisés. Les savoirs attachés s'en sont trouvés en pleine mutation. Par la quantité de ces nouveaux apports, l'ensemble des acteurs de cette formation et du métier ont demandé un réajustement du programme de formation, officialisé par le décret n°62.994 du 18 août 1962¹⁹⁹.

En parallèle, par l'arrêté du 12 mai 1960, modifié le 6 janvier 1962, est fixée la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués par des médecins, par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Ces actes restent prescrits par le médecin²⁰⁰ tant en quantitatif (exemple: faire 30 séances) qu'en qualitatif (exemple : de massage et

¹⁹⁷ Ibid. 72,

¹⁹⁸ Annexe n°4 décret 1 et 2, JO 18 8 1962, p.14 du PDF, p.8304

¹⁹⁹ Ibid. 199

²⁰⁰ Annexe n°5, Art.4, §6

de gymnastique de la région dorsale pour scoliose). C'est à cette date que commencent les pratiques réglementées. Elles seront abrogées plus tardivement.

En 1962, la première convention entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les Masseurs- Kinésithérapeutes est signée. Créée en 1945 pour les médecins, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est devenue en 1960 (article 7 du décret n° 60 - 451 du 12 mai 1960) l'instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables des actes par l'assurance maladie. Cette réglementation est incluse dans le cours de première année²⁰¹. Ce conventionnement est une obligation pour exercer. Il se fera soit par l'employeur²⁰² (hôpital, clinique, centre de soins, dispensaire) qui signera collectivement et s'assurera des qualifications et titres de ces auxiliaires médicaux, soit à titre individuel²⁰³, pour une activité libérale. Ce conventionnement assurera au patient un remboursement des soins par la sécurité sociale. Pour les médecins, il est à noter que celui-ci et les tarifs applicables sont à « négocié » par chaque département ou circonscription de la caisse primaire²⁰⁴. Nous pouvons aussi noter qu'un niveau de reconnaissance spécifique²⁰⁵ est reconnu pour les médecins soit : pour le titre²⁰⁶, leur valeur scientifique (nous ne pouvons pas savoir ce qu'est à cette époque une valeur scientifique, mais nous pouvons noter qu'elle n'est réservée qu'aux médecins), leurs travaux (idem) ou leurs spécialisations (cette dernière perdue encore aujourd'hui et, est officialisée par une différence de tarif de consultation entre médecins généralistes et spécialistes). Ces spécificités peuvent donner, après accord avec la sécurité sociale, à une reconnaissance de majoration, et un remboursement de celle-ci. Une majoration concernant directement le patient, pouvait être appliquée et remboursée après accord, tant par le médecin que par l'auxiliaire médical²⁰⁷, encore reconnues à ce jour et remboursables : « *les exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps et de lieu* » ; et des notions de l'époque sur la reconnaissance du niveau social du patient dans les termes suivants : « *la situation de fortune de l'assuré* », estimation faite par le soignant et de son seul jugement.

Ce conventionnement assure au soignant MK des droits²⁰⁸, une couverture sociale, et en parallèle avec le conventionnement par la Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Orthophonistes et Orthoptistes (CARPIMKO), pour les libéraux, de bénéficier d'une retraite par capitalisation.

Revenons au texte du nouveau programme du 18 Août 1962²⁰⁹. Ce décret est de nouveau établi sous le contrôle des médecins, qui ont été consultés pour avis (« Vu l'avis du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie »²¹⁰).

Nous rappelons, que ce programme se compose de trois parties. La première porte le titre de « sciences fondamentales » et la seconde « de technologie » (enseignement théorique et travaux pratiques). La troisième, l'enseignement clinique, présente les modalités des stages. Il n'y a pas de

²⁰¹ Ibid. 199, p.13, V : législation

²⁰² Annexe 6, titre 1, Art.4, 5, 6

²⁰³ Ibid. 203,

²⁰⁴ Ibid. 203, titre 1er, Art. 2

²⁰⁵ Ibid. 203, Art.7

²⁰⁶ Ibid. 201, colonne de droite, §5, 3°

²⁰⁷ Ibid. 203, Art. 8, III

²⁰⁸ Ibid. 203,

²⁰⁹ Ibid. 199

²¹⁰ Ibid. 199 1, 1^{ère} page S.P. 34décret n°62.994

temporalité annualisée, à l'exception du « *stage d'initiation hospitalière qui est effectué pendant le premier mois de la première année de scolarité* » (p.21). Nous utiliserons la même démarche que pour l'analyse du texte de 1946 : support mentionné dans les annexes.

Nous notons, dans un premier temps, que le nombre d'années d'études ne change pas. Les modifications apportées reposent sur le contenu de celle-ci. Nous porterons un regard sur ces dernières, tant sur les points des connaissances que du temps consacré. Nous regarderons si une évolution de l'identité professionnelle des formées peut-être apportée.

L'enseignement n'est plus cloisonné en deux années, mais en deux parties²¹¹. Tout en respectant une logique et une progression des apprentissages, le choix de l'organisation des cours et stages, est dédié aux directions des écoles. Nous n'avons pas exploré ces changements.

Nous notons deux grandes modifications :

- l'augmentation des heures de formation,
- l'apparition d'une temporalité par matières enseignées (Ex : I (p.2), 1 Anatomie et physiologie (218 h) dont 2 h pour l'embryologie, histologie, biologie générale).

Cette première modification se retrouve dans la somme globale des heures d'enseignements et des stages. Ce nouvel emploi du temps se fait sur 1117 heures de cours, réparties pour 564 heures en 1^{ère} année et 553 pour la seconde, ce qui fait une augmentation de 267 heures de cours, dont les deux tiers sur la 1^{ère} année (Le premier texte de 1946, officialisait 850 de cours théoriques répartis sur deux ans). Une grande place est proposée aux stages.

La durée des stages est répartie sur les deux années de formation, par une « astreinte de stages cliniques hospitaliers d'une durée totale de 19 mois²¹² », soit une augmentation de 3 mois. Ces stages restent dans le milieu hospitalier avec et sous le regard du monde médical, sans contact avec les soins de ville.

Premières remarques que nous constatons :

- La disparition du « stage gymnique » ;
- La disparition du « stage en affections cutanées et dermatologie » ;
- La disparition du « stage en gastro-entérologie » ;
- Le stage d'initiation hospitalière n'est plus un stage d'infirmier et passe de trois mois à un mois, soit deux mois de moins ;
- Un décompte par mois cible les services ;
- Le stage en neurologie avec ces 5 mois est le plus important. Il n'est plus mutualisé avec la psychiatrie qui disparaît ;
- La chirurgie générale est mutualisée avec la traumatologie sur 3 mois ;
- Le stage de cardiologie est mutualisé avec la pneumologie, sur 2 mois ;
- Deux nouveaux stages sont apportés. Le premier en rhumatologie et médecine générale sur 3 mois, et le second en orthopédie pour 3 mois ;
- Le stage en gynécologie-obstétrique, sur 2 mois, n'est plus attaché à la gastro-entérologie.

²¹¹ Ibid. 199, p.1, 15, tableau p.22, 23

²¹² Ibid. 199, page 21

Nous noterons que ces services couvrent une plage plus large de pathologies qui pourraient solliciter l'intervention d'un MK. C'est le contact direct avec le métier, et avec le patient qui se font dès cette première année, sans avoir les connaissances théoriques fondamentales, spécifiques, du vocabulaire et des pratiques.

Cette pratique de découverte hospitalière se fait dès le premier mois de la première année, sur le même rythme que les autres stages du décret de 1946, par demi-journée (le matin de préférence : ce que l'on pourrait rapprocher aux pratiques hospitalières actuelles de visites des chefs de services, avec l'équipe médicale et paramédicale qui se fait le matin). Le patient étant seul dans sa chambre, les visites personnelles ne débutant qu'en début d'après-midi. Ce moment, pour les futurs médecins, est considéré comme un temps d'apprentissage, et, est source de riches renseignements/enseignements pour tous ceux qui peuvent y participer. Nous pouvons nous poser des questions sur les regards des étudiants MK, « débarquant » dans ces services sans aucune base du vocabulaire utilisé. Quelles places pouvaient-ils avoir ? Quels discours leur étaient destinés ? Quels discours pouvaient-ils tenir ? Ces échanges participent à la construction identitaire personnelle et professionnelle. Pour Dubar (2015²¹³), l'identité personnelle est « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* ». Pour Osty (2007²¹⁴), « *l'identité professionnelle serait dans ce cas le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives* ». C'est bien dans les interactions sociales et professionnelles, dont le dialogue et le vocabulaire employé, que se construit cette double identité singulière qui n'en fait qu'une, propre à chacun. Dubar (2015²¹⁵) complète ces propos par : « *Chacun est identifié par autrui, mais peut, dans certaines conditions, refuser cette identification et se définir autrement* ». La posture « d'agent » des étudiants Mk reflète-t-elle une posture identitaire massokinésithérapique ? Nous compléterons nos propos par cette citation de Dubar (2015²¹⁶) : « *on ne fait pas l'identité des gens malgré eux et pourtant on ne peut se passer des autres pour se forger sa propre identité* ». Les différentes inters-actions lors de ces stages doivent amener l'étudiant MK sur une posture professionnelle définie par le monde médical. Mais qu'en est-il de la réalité ? Cet axe n'a pas été exploré.

Par ces stages, un recentrage des interventions des MK sur un « état fonctionnel altéré du patient hospitalisé » est proposé. Durant ces 19 mois d'immersion professionnelle (appelée enseignement clinique) l'étudiant pourra y appliquer et approfondir ces connaissances, médicales et paramédicales.

Il est accordé des vacances de deux fois une semaine, mais rien n'est signalé pour des congés plus longs. Nous rappelons qu'en 1946 aucun congé n'était proposé.

La période de stage couvre une période du 1^{er} septembre de la première année au 15 juillet de la seconde. Nous noterons qu'il est demandé une mobilité des étudiants, pour se rendre sur ces terrains de stage. Nous n'avons aucune information sur les critères d'attribution des terrains de stage aux étudiants. Quels regards pouvaient avoir les étudiants en arrivant dans ces services ? Ces derniers participent à la construction identitaire professionnelle du monde hospitalier. Comment est

²¹³ Dubar, C., 2015, « *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* », 5^e édition, Armand Colin, Paris, p.105

²¹⁴ Osty F et All, 2007, « *les mondes sociaux de l'entreprise, penser le développement des organisations* », La découverte, Paris, p76

²¹⁵ Ibid. 214, p.105-106

²¹⁶ Ibid. 214, p.110

développée l'identité professionnelle du monde libéral ? Le profil de « patient » n'est pas identique. Nous constatons là une différenciation identitaire. Celle décrite précédemment avec des MK aveugles, comme bipolaire, se complexifie. Elle devient tripolaire. Nous avons là une des complexités de l'identité professionnelle propre à ce métier. Elle n'a pas été explorée.

L'enseignement théorique et technologique est donc « allongé » avec une approche par notions, dont les réflexions développées pour le texte de 1946 peuvent rester identique.

2-2-1 Répartition par « Partie »

Nous retrouvons le terme notion :

- a- La Première Partie : Sciences fondamentales (452 h d'enseignement, sans les stages. Page 1 à 14)
 - Notions générales élémentaires sur les différents métabolismes (p.5, Chap. I, 4^{ème} paragraphe, n°9 métabolismes, 2h d'enseignement) ;
 - Notions médico-chirurgicales élémentaires (p.5, Chap. II, 1^{er} paragraphe, 20 h d'enseignement) incluant en premier paragraphe : Notions élémentaires de pratique hospitalière et de secourisme d'urgence ; en second : Notions élémentaires de pathologie générale et de sémiologie ; notions élémentaires d'obstétrique ; La répartition des heures n'est pas détaillée ;
 - Notions élémentaires de pathologie (en dehors de l'appareil ostéo-articulaire), pour 54 h d'enseignement (p.6), déclinées en trois sous chapitres avec une temporalité des sujets enseignés ;
 - De ce 3^{ème} chapitre : Notions générales de pathologie ostéo-articulaire, pour 85 h d'enseignement (p.8)
 - Notions de caractérologie (p.12) incluses dans les 35 h de la Psychologie et pédagogie, dans le chap. IV, psychologie et pédagogie (pour 45 h d'enseignement),
 - De ce chap. IV, 2^{ème} paragraphe, pédagogie (10 h d'enseignement), notions de pédagogie générale (5 h d'enseignement).

Il est retrouvé un total de 166 h auxquels nous devons ajouter les notions de « caractérologie », arbitrairement pour 2 h, soit un total de 168 h d'enseignement sur des « notions ». Cela représente plus de 35% des apprentissages. Nous pouvons nous questionner sur la pertinence du non approfondissement de ces matières. Elles restent des domaines du diagnostic et thérapeutique médicale.

Nous ne retrouvons aucun des « termes directifs » énoncés dans les textes de 1946. Les injonctions médicales ne sont plus mentionnées. À la lecture de cette première partie, nous ne retrouvons plus un catalogue/plan de formations décrivant les attendus à valider pour l'obtention du D.E.

- b- La Deuxième Partie : Technologie (665 h d'enseignement, sans les stages p.15 à 20)

En page 16, nous retrouvons la seule utilisation du terme notion : 3° les agents physiques (autres que l'énergie mécanique), 5- la radiothérapie et la radioactivité : notions générales. Ce domaine, à l'époque de l'écrit, n'en était qu'à ses débuts. Nous rappelons qu'en 1934 a été découverte la

radioactivité artificielle, par Irène et Frédéric Joliot-Curie²¹⁷, ses applications de diagnostic et thérapeutiques ont pris leurs essors à partir des années 70.

Nous retrouvons à la place de notions les termes de : définition (de la pratique), contribution au traitement, indications, contre-indications, modes d'actions. La temporalité est définie par les chapitres et sous chapitres. Le seul terme directif retrouvé est positionné en p.21, enseignement clinique, les stages, par le terme « astreints ». Ce terme correspond au vocabulaire hospitalier et aux journées d'astreintes de garde du corps médical et des infirmières.

Pour conclure, nous notons un véritable changement dans la terminologie employée. Elle reste sous le regard du médecin. Dans la deuxième partie, les places et actions des MK et des médecins sont définies. En p.15, I, A, 2 « *techniques de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes* », et en p.16, 2, « *techniques de la compétence exclusive des médecins (Mobilisation passive forcée (ou sous anesthésie), chiropraxie et autres techniques manipulatoires)*. La notion de compétence est écrite pour la première fois. Il n'est pas fait mention de compétences partagées entre le corps médical et les MK. C'est en 1895 qu'est « née » aux USA la chiropraxie. Cette thérapeutique repose sur des mobilisations passives de certaines articulations. Elle peut être confondue ou assimilée à l'ostéopathie. La mobilisation passive est une compétence partagée avec ces métiers et le corps médical. En 1962, elle n'est réservée qu'aux seuls médecins si elle est décrite comme « forcée ». Nous pouvons nous questionner sur ce terme ?

c- Mais où sont introduits les autres changements ?

Dans un premier temps, il n'y a plus les notions du « bon MK », et les termes employés ne sont plus aussi directifs, voire militaires. Les mots et les apprentissages sont ciblés sur les pathologies pouvant être prises en charge par les MK. Ils reposent sur les connaissances fondamentales. Les premiers apprentissages, anatomie et physiologie, ont une plage augmentée de 118 heures, et englobent toutes les connaissances du corps sain. Nous pouvons noter que pour la première fois il est laissé une possibilité de « diagnostic ». En se référant au terme de testing²¹⁸ (p.4, I, d), une place est proposée au MK étudiant, par ces connaissances des références/normes, d'être auteur de son approche thérapeutique et du futur traitement. Cet outil de diagnostic n'est pas l'apanage du médecin. Le MK, étudiant, sera orienté par le ressenti de la perception du toucher du corps du patient. Les soins, ainsi dispensés quotidiennement, laisseront une grande place pour affiner le diagnostic et l'évolution des thérapeutiques proposées. Les médecins, ne voyant le patient que pour le « bilancer » et réajuster le traitement, laissent une faible partie du diagnostic à un autre corps de métier. Le rôle de « poseur » de diagnostic, donné aux MK, fait apparaître un modeste début d'autonomie. Le processus de professionnalisation s'étoffe.

Cet enseignement est tourné à plus de 75 % sur l'appareil locomoteur, ce qui conforte le rôle principal des différentes interventions des MKs. Est-ce là une des définitions du métier ? Que l'on

²¹⁷ Site : [Histoire radiothérapie - Musée Curie](#)

²¹⁸ Ibid. 199, p.2, I, 3°, A, 2, 3, p.4, 2, d : exploration des articulations : principes de bilan ou testing (le terme testing (testing musculaire) est employé en masso-kinésithérapie comme l'évaluation et participe à la démarche diagnostique, à l'orientation des techniques de rééducation et permet de suivre l'évolution de la prise en charge en rééducation et ainsi de préciser s'il y a ou non progression et donc de redéfinir des objectifs de rééducation. Le bilan musculaire évalue la force d'un muscle ou d'un groupe musculaire selon une échelle allant de 0 à 5. La valeur la plus basse signifiant une non réponse à un quelconque stimulus (aucune contraction musculaire), la valeur la plus haute correspond à l'état normal d'un muscle sain.

pourrait définir comme : « *la masso-kinésithérapie est un art dispensé par un auxiliaire médical diplômé, afin d'apporter le soin le plus adapté à un patient. Ce traitement proposera différents exercices de mobilisations qui redonneront, par le mouvement, un état fonctionnel proche du geste normal de référence du patient* ».

Cet enseignement propose une approche du non visible à l'œil²¹⁹, complétant « le toucher ». Ce regard peut orienter les thérapeutiques proposées. Ce « diagnostic kinésithérapique » est-il le début d'une autonomisation du métier ? Est-ce un début de modification de l'identité professionnelle ? Mais, comment cela peut-être interprété pour les étudiants déficients visuels ?

159 heures sont consacrées aux diverses pathologies médico-chirurgicales prises en charge par les futurs MKs. Cet enseignement théorico-pratique est aussi dispensé sur les deux années, dont 71 heures la seconde, ce qui repose sur la question de la faisabilité des soins par les étudiants de première année. Nous pouvons noter que les cours théoriques, ciblés sur les pratiques de masso-kinésithérapie sont corrélés avec les différents terrains de stages. Mais là encore, nous pouvons nous questionner sur les premières relations entre l'étudiant (en stage), le tuteur de stage, et le patient. Chacun a une place bien définie. Le tuteur ayant le savoir, le savoir faire et l'expérience, l'étudiant profane dans ces premiers soins, dans une posture d'agent, le patient dans une posture d'attente de guérison, dont celle-ci a été déléguée au MK par le médecin. Par une dotation de 665 heures, l'apprentissage est orienté sur et vers la « technologie », soit la théorie et la pratique des techniques de rééducation. Nous notons que le terme « massage », dont l'importance a été développée ci-dessus, a été intégré comme un des outils thérapeutiques mis à la disposition du MK.

Ce décret, acte la disparition de la place destinée aux stations thermales. La baisse de fréquentation de ces stations thermales en serait-elle la cause ? Nous n'avons pas exploré ce terrain.

Ce lourd enseignement (que sur 2 ans) laisse de nouveau une place à des cours sur l'hygiène, avec une première sensibilisation sur les accidentés du travail et sur la réinsertion des handicapés dans le monde du travail²²⁰. Ces deux nouvelles notions, sensibilisent ce professionnel sur de nouveaux champs d'application. Cette approche officialise les rôles de conseil et de prévention (rôles qui ne sont pas des soins, et qui interviennent en amont des pathologies (par des conseils et de la prévention sur le lieu de travail, etc.) et en aval (par le retour du patient handicapé ou non, chez lui et l'aménagement de son habitat, ou de son lieu de travail, etc.). Nous notons qu'une « éducation thérapeutique » est sous entendue. Nouveauté de cet enseignement. Une autonomie de discours est proposée aux MK. Cette implication modifie l'identité professionnelle. Elle confirme la posture débutante « d'auteur » du futur MK.

La notion du handicap s'appuie sur un programme théorique de 20 h²²¹, et d'une pédagogie, 5 h, spécifique, soit un total de 25 h consacrées à ces patients dont la guérison promise par le médecin semble attachée et liée au retour dans la vie courante, avec un état physique et psychologique « hors norme », différent de l'avant handicap. Pourquoi le corps médical délègue cette spécificité de prise en charge aux MK ? Nous n'avons pas exploré ce domaine. Le diagnostic ayant été posé, le médecin « passe la main » à son auxiliaire pour le suivi de cette personne à profil particulier.

²¹⁹ Ibid. 199, 3, p.3, 8 bis, peau.

²²⁰ Ibid. 199, 6, p.11, 3° hygiène du travail.

²²¹ Ibid. 199, 6, p.12, 2. Psychologie de l'handicapé, et p.13 2. Pédagogie spéciale de l'handicapé.

Une personne handicapée est avant tout une personne avec sa propre identité. L'handicap peut-être transitoire ou définitif. La prise en charge qui en découle reflètera le profil du patient et de ses attentes.

À ce titre, nous pouvons envisager qu'une personne handicapée physiquement ou psychologiquement :

- Peut recevoir des soins spécifiques correspondant à son état, dans les hôpitaux, les centres de rééducation, mais aussi à son domicile. Début des actes effectués par le monde libéral (Cf. CARPIMKO) ;
- Dès le diagnostic, il peut-être suivi médicalement et paramédicalement tout au long de sa vie ;
- Peut présenter des pathologies communes à tous.

Comment aborder ces prises en charge spécifiques ? Ces enseignements trouvent une place pertinente dans cette formation. Le handicap est visualisé socialement et socialement. Par ces 25 heures de cours théoriques, auxquels nous pouvons y ajouter les connaissances acquises sur l'appareillage²²², 50 heures, ainsi que la rééducation spécifique dédiée aux amputés²²³, 10 heures, en y ajoutant 50 heures sur l'ergothérapie²²⁴, les compétences des étudiants et les MKs s'enrichissent. C'est un total de 135 heures, qui est proposé, mais peu, au regard de la totalité théorico-pratique enseignée. Par ces mesures, l'handicapé devrait retrouver une place dans la société française.

Ces deux matières ne concernent pas des soins manuels, mais une prise en charge globale du patient et de son environnement. Si le médecin reste le prescripteur, le MK en reste le seul exécutant, libre de son action et libre de ces ajustements. C'est bien le MK qui par son regard, son expertise, ses connaissances, ses savoirs, son expérience, ses savoir-faire, ses ajustements (pour les prothèses), son diagnostic (très précis en ergothérapie : aménagement de l'appartement par exemple), sera l'effecteur de cette prescription. A ce jour ces deux champs ont été abandonnés, et laissés à d'autres professionnels paramédicaux (1954, création du diplôme privé d'Ergothérapeute, en 1970 puis en 1974 création du Diplôme d'État d'ergothérapeute)²²⁵, (Métier d'orthoprothésiste, de prothésiste, etc.)^{226, 227}

²²² Ibid. 199 10, p.18, 3° l'appareillage

²²³ Ibid.199, 111, p.20, 11° rééducation des amputés

²²⁴ Ibid. 199, p.18, 2° l'ergothérapie.

²²⁵ 1970, création du Diplôme d'état d'Ergothérapeute [Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²²⁶ En France est proposé par l'éducation nationale, différents diplômes pour accéder au métier concernant l'appareillage. A ce jour, et à chaque type d'appareillage correspond une profession particulière. Néanmoins, malgré leurs spécificités, tous ces métiers ont une constante : ils font de plus en plus appel à la haute technicité (son numérique pour les prothèses auditives, fibres de carbone et thermoplastiques pour les prothèses...). A titre d'exemple : l'orthoprothésiste conçoit et adapte des appareils de prothèse et d'orthèse, dont il peut parfois en assurer la fabrication. Il travaille sur prescription médicale (pour que l'assuré puisse bénéficier d'une prise en charge, et d'un remboursement partiel, le coût réel restant élevé), Les appareils de prothèse sont destinés à remplacer un membre amputé ou absent. Les appareils d'orthèse sont destinés à suppléer une déficience osseuse, musculaire, neurologique ou de soutenir une musculature défaillante. Les formations proposées sont soit un CAP orthoprothésiste, soit un diplôme de technicien (DT) prothésiste-orthésiste, soit un BTS prothésiste-orthésiste, ce dernier est le seul à recevoir le patient. Un point commun à tous ces métiers de l'appareillage est que pour une installation en libérale comme orthoprothésiste, podo-orthésiste ou orthopédiste-orthésiste, il faut être titulaire d'un BTS et posséder au moins 3 ans d'expérience professionnelle.

²²⁷ Salaün P., 2013, Mémoire M2, université Paris Descartes, « Comment, et par quels moyens, au sein des IFMK, la notion de recherche est-elle développée, voire enseignée ? J'ajouterai, dans quel but ? » Extrait de l'entretien annexe 13, ligne 321 à

Ce nouveau programme de formation cible les nouvelles compétences attendues pour l'obtention du D.E. Elle se recentre sur le cœur du métier (au sens de : « *domaine d'activité premier d'une structure professionnelle à partir duquel elle a réalisé sa montée en compétence non contestables* ». Site linternaute.fr). Elle est un des points d'appui pour la réforme de la nouvelle formation initiale de 1969.

2-2-2 Conclusion

Les domaines d'enseignement restent très larges et très imprégnés des métiers d'origine : le massage et la rééducation par le mouvement. Ce décret intermédiaire propose un enseignement encadré par un décompte à l'heure sous la forte tutelle médicale. Ce programme très détaillé se centre sur l'appareil ostéoarticulaire. Il sera appliqué jusqu'en 1969, soit 7 années.

Cet enseignement mixte entre théorie et pratique, ne laisse pas de place pour un investissement dans les domaines de la recherche. Une initiative personnelle reste la seule démarche pour y participer. C'est en 1960 que les premières formations en ostéopathie arrivent en France. Elles sont ouvertes aux médecins et aux MK diplômés. Différents IFMK proposent ces formations complémentaires post D.E. La pratique libérale s'installe, laissant la porte ouverte à un début d'autonomie.

Nous rappelons que cet équilibre fait ressortir un enseignement vaste, très concentré, ne laissant pas de place à une ouverture sur un questionnement, source de réflexion, de progrès et d'évolution. Le futur professionnel agira sur prescription médicale quantitative, qualitative et descriptive. Toutes modifications devraient avoir l'aval du médecin prescripteur (devrait : nous ne savons pas comment et par quels moyens décisionnels le MK choisit la technique finale proposée à son patient). Dès l'origine, ce choix politique de laisser l'enseignement loin d'un cursus universitaire, se retrouvera dans les futures revendications actuelles d'un rapprochement universitaire de ces études. Au

« Du côté francophone, c'est Gustave Gingras lui-même qui, en 1954, met sur pied, au sein de la faculté de médecine de l'université de Montréal, l'Ecole de réadaptation et de.... le même genre d'initiative médicale entraîne la création de l'école de réadaptation de l'université Laval, elle sera dirigée par un médecin jusqu'en 1974.

Ces écoles donnent un enseignement conforme aux vues des physiatres sur le rôle des paramédicales : un rôle d'auxiliaire, aux besoins théoriques limités et dont l'horizon s'arrête aux frontières de la médecine..... La médecine générale monopolise 50% des heures de cours tandis que les enseignements plus propres aux disciplines paramédicales,..... occupent moins du quart du cursus. En réalité, l'apprentissage du métier passe surtout par les stages : à l'ERUM, ceux-ci occupent de 50% à 66% des programmes entre 1954 et 1966.... En absence de cadre théorique autonome, cet ancrage dans les stages consolide le statut technique transmis sous la supervision des médecins comme un simple chirurgien de la physiothérapie »

324 : « Je ne crois pas, on s'est laissé bouffer comme pour tout le reste pour psychomot les ergo, on s'est perpétuellement laissé bouffer depuis 50 ans parce qu'on s'est laissé faire dans les centres, l'appareillage, ce sont les ergos qui s'occupent de la prophylaxie lombaire, c'est quand même très fort parce que ça nous fait l'appareillage on touche à plus rien », Extrait, annexe 10 de la p.47

Canada, et pour la même époque, cet enseignement est universitaire²²⁸ avec les mêmes limites que l'enseignement à la française. On retrouve les mêmes frontières entre le monde médical et paramédical :

Nous retrouverons dans ces propos tout ce qui est sous-entendu sur le cursus français. Sans connaître le programme de la formation québécoise de l'époque, celui-ci, comme en France, est sous le contrôle médical. La différence repose sur l'affiliation à un cursus universitaire qui ouvre la possibilité aux étudiants de poursuivre des études universitaires complètes débouchant sur une autonomie d'exercice sans contrainte de la prescription médicale, et de faire de la recherche. Cette pratique perdure au Canada.

Depuis la création en 1946 de ce D.E, la population française est passée de 40 287 millions à 49 164 millions en 1966, et ce par un couple vieillissement de la population-augmentation des naissances. La mortalité générale et infantile a fortement diminué. La qualité de vie, les progrès de la science et de la médecine contribuent à cette augmentation française et planétaire. La création de nouveaux outils d'investigations (1951 premier échographe en Angleterre, etc.) et des thérapeutiques (1958 premier Pacemaker, 1967, première greffe du cœur) adossées font que les domaines d'interventions des MK s'élargissent.

C'est à partir de 1945 et jusqu'en 1973, que la France a connu sa plus forte croissance et expansion économique de son histoire, ce que l'économiste français Jean Fourastié a nommé « les Trente Glorieuses ». Cette croissance soutenue, c'est accompagnée de profondes mutations, dans le monde médical. Nous rappelons qu'avec la création du système français de sécurité sociale, en 1945, l'accroissement des dépenses de santé est corrélé avec une hausse de l'espérance de vie et la baisse des différents taux de mortalité. La consommation du soin a suivi le même chemin, soutenue par une augmentation de formation et d'installations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. La place des MK comme acteur majeur du soin est reconnue. L'identité professionnelle évolue dans ce même sens.

Cette période du plein-emploi, a permis à une plus large partie de la population d'avoir accès aux congés payés, à une offre multiple de loisirs (début des sports d'hivers, etc....), soutenus par l'état²²⁹. Ce que l'on retrouve dans la formation initiale²³⁰. Cela a engendré une augmentation des déplacements (voiture). Pour les années 50, 60, cela a engendré une augmentation des accidentés de la route (Exemple en 1962, 162 204 accidents dont 227 289 blessés plus ou moins gravement touchés²³¹), potentiellement des patients avec des soins dispensés par de MK.

Nouveaux nés, accidentés de la route, accidentés de la vie courante et des loisirs, accidentés du travail²³² et vieillissement font qu'une population plus importante est à prendre en compte par une

²²⁸ Prud'homme J., 2011: « *professions à part entière, histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes et travailleurs sociales au Québec* », éd. Les presses universitaires de Montréal. P.24

²²⁹ 27 octobre 1946 : Le Préambule de la Constitution de l'IVème République reconnaît le droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui (...) se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence », art 11. [Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 \(conseil-constitutionnel.fr\)](http://www.conseil-constitutionnel.fr/1946)

²³⁰ Ibid. 1997, p.21, « *Il est accordé une semaine de congés à l'occasion des fêtes de fin d'années et de Pâques* ».

²³¹ Population et sociétés, bulletin mensuel d'information Démographiques, Economiques et Sociales. Juillet 1974, n°71, tableau 1, évolution annuelle des accidentés et victimes de la route.

²³² Source www.risquesprofessionnels.ameli.fr/...statistiques/Baisse%20des%20accid..., PDF, Baisse des accidents du travail- Risques professionnels-Ameli, introduction et graphique 2, en page 3

prise charge en médicale et paramédicale. Cet accroissement de la demande, se retrouve dans le programme de formation des MK (Prise en charge des handicapés et des personnes vieillissantes). On notera toutefois qu'un champ est absent de la formation : la prise en charge du nouveau-né, comme patient. À titre d'exemple, la découverte du Surfactant pulmonaire²³³, date de 1955 par le docteur Clément aux USA, et son application comme traitement des insuffisances sévères respiratoires du grand prématuré n'a commencé qu'en 1990. Cette découverte et ses applications décalées ont bouleversé les traitements et la survie de ces petits patients, dont la prise en charge, par les MK, joue un rôle important dans le soin. Nous pouvons nous questionner sur l'apprentissage de ces nombreuses découvertes, enseignées sur deux ans. Comment sont-elles intégrées dans les programmes ? A quel rythme ? Sous quels formats ?

Ces nouveaux progrès médico-chirurgicaux et thérapeutiques arrivent, après plusieurs années de validation et d'acceptation, dans les mains des différents acteurs du soin. Ce qui devrait se retrouver dans les programmes de formation initiale et continue de ces professionnels. Et à l'inverse, les traitements n'apportant plus une balance bénéfice-risque positive dans le résultat attendu sur la guérison et sur le coût financier (par le regard de la sécurité sociale), ne seront plus enseignés.

Nous complétons nos propos sur cette réforme intermédiaire :

- Le massage disparaît comme acteur principal, et trouve une place comme un des outils thérapeutiques mis à la disposition des MK ;
- La disparition des enseignements des « cures thermales », dont l'utilité n'est plus validée ;
- La disparition des « stages infirmiers » ;
- Les enseignements de pathologies (dont certaines non maîtrisées et non éradiquées : la tuberculose, et la poliomyélite (éradiquée en France qu'en 1999)) restent présents dans les apprentissages.

L'enseignement dispensé tient compte de ces avancées. Il ne propose que peu de place pour une quelconque autonomie des futurs diplômés. Mais par des outils définis dans ce décret, des bases sont posées aux soignants pour entamer une réflexion. Celle-ci se fait par un début d'approche de diagnostic kinésithérapique qui sera officialisé ultérieurement (BDK officialisé le 8/10/1996). Par ce diagnostic kinésithérapique, le MK D.E aura les clefs pour apporter son regard sur son approche thérapeutique singulière. Propos retrouvés par « une approche clinique »²³⁴ qui n'est plus réservée qu'aux médecins.

Sur cette période, nous pouvons nous questionner sur la pertinence d'un programme fixe ne reflétant pas les évolutions de la recherche. Une adaptation de programmes était-elle proposée dans les IFMK ? Sur quelle forme ? Les formateurs se sont-ils formés ?

Nous retrouvons, en plus de celle déjà citée, une adaptation règlementaire dans l'exercice de ce métier, et directement des nouveaux savoirs à « enseigner » en formation initiale (Déontologie).

²³³ Surfactant : Liquide tapissant la face interne des alvéoles pulmonaires et qui, par ses propriétés tensio-actives, modifie l'élasticité et la rétraction des poumons. Il est donc directement en contact avec l'air qui entre dans les poumons, empêchant de ce fait la survenue d'un collapsus (affaissement) des alvéoles. Sans le surfactant on assisterait à un effondrement des alvéoles sur elles-mêmes qui se videraient de leur air, empêchant de ce fait les échanges gazeux (transfert de l'oxygène de l'intérieur de l'alvéole vers le sang et du gaz carbonique du sang vers l'intérieur de l'alvéole).

²³⁴ Annexe n°7, 18 8 1962 4, 2.

On y retrouve :

- Les revendications des étudiants aveugles. Les premiers titulaires de ce diplôme provenant d'horizons différents, dont les non-voyants et les titres donnés par dérogations en 1946²³⁵ (dont ces dernières, seront arrêtées dix ans après. Ces mesures transitoires d'autorisation d'exercice cessent donc par la loi 57-764 du 10 juillet 1957, le Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute était donné en équivalence aux titulaires du D.E d'infirmiers-masseurs, infirmiers-masseurs aveugles (titres de 1922) et aux titulaires du Brevet d'Etat de masseur médical (9 février 1944) ou autorisation d'exercice du massage médical (loi du 15 janvier 1943)). Le programme adapté aux non-voyants sera un point non négligeable dans l'évolution proposée en 1969 ;
- 1962, la première convention est signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les MK. Créée en 1945 pour les médecins, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (MGAP) est devenue en 1960 (article 7 du décret n° 60 - 451 du 12 mai 1960) l'instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables par l'assurance maladie des actes médicaux et paramédicaux ;
- 29 juin 1965 : Les dispositions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute sont étendues aux départements d'outre-mer par la loi n° 65-497 du 25 juin 1965.
- Arrêté du 4 Août 1965, création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, réservé aux médecins ;
- 20 mai 1968 : publication d'un arrêté relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et son décret du 28/03/69 qui allonge la durée des études à trois ans, allongement demandé par la profession depuis 1953 dont certains projets retrouvés se situent vers 1949 :

²³⁵ Source Rémi Remondière, Article paru dans les cahiers du centre de recherche historique, 12/1994 : l'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) : « *Le diplôme de masseur aveugle est créé en 1927, La force que représente ces derniers est née surtout à l'issue de la première guerre. Les blessés militaires doivent se reconverter ou adapter leurs activités professionnelles d'origine à leur handicap et les écoles de massage constituent une excellente promotion ; certains sont sans qualification, d'autres viennent d'usines. De surcroît, le masseur aveugle présente les gages d'honorabilité dont la moralisation peut se glorifier. Ces créations ne sont que le fruit d'un travail de l'ombre. De nombreux masseurs médicaux travaillent à cette époque dans les hôpitaux de façon bénévole et cette situation durera jusqu'en 1980. Les infirmiers-masseurs sont introuvables en raison de la forte demande en soins infirmiers. Le pouvoir médical déplore l'insuffisance de son contrôle sur l'ensemble des pratiques corporelles, malgré l'obligation faite, de posséder un diplôme pour exercer à l'hôpital* » et, « *L'instauration d'une commission d'attribution des équivalences, dirigée uniquement par des « kinésithérapeutes » nommés par le Ministère de la Santé, permet d'honorer environ 75 % des demandes, et cela avec une très grande rigueur : gymnastes médicaux – 245 –, masseurs médicaux – 1547 –, et kinésithérapeutes – 459 –. La quasi-totalité des demandeurs est munie d'un diplôme d'une école privée et nombreux sont les titulaires de plusieurs diplômes, d'infirmier, de masseur, de pédicure, voire de kinésithérapie. L'exercice professionnel est exigé sur la foi de documents officiels, tels le paiement de la patente, certificat d'exercice du syndicat local, certificat de médecins prouvant l'activité, attestation de bonnes mœurs délivrée par le commissariat de police.* »

Dispensées sur plusieurs sites, ces archives sont constituées de documents administratifs et pédagogiques, de collection de journaux officiels, de comptes rendus de conseils d'administration du Cours, des courriers internes à la faculté, des procès-verbaux du CSK,.....dès 1953 et antérieurement, par les professionnels formés dans cette école, pour favoriser un allongement des études de deux à trois ans et délimiter les frontières d'un champ d'activité écartelé entre de très nombreux acteurs de la santé dont les masseurs médicaux, gymnastes médicaux, masseurs aveugles, pédicures, parfumeurs cosmétologies, jeunes kinésithérapeutes, médecins spécialisés en médecine de rééducation, médecins représentant la jeunesse et le Sports, médecins directeurs d'écoles, chirurgiens infantiles, etc....La découverte de ces documents et notamment de projets de programme d'études sur 3 années élaborés en 1949.....

Source, extrait en page 16 de la thèse pour le doctorat en sociologie, Jacques Monet, Juin 2003, « Emergence de la Kinésithérapie en Franc à la fin du 19^{ième} et au début du 20^{ième} siècle »

De ce décret du 20 mai 1968²³⁶ (arrêté relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'état de masseur kinésithérapeute), nous regarderons des extraits du JO du 1^{ier} Juin 1968 :

- Art.2 : la direction de l'école est assurée par un docteur en médecine ayant des connaissances particulières en kinésithérapie, soit par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'état, titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute :
- Art.3 : le directeur de l'école est responsable de l'organisation de l'enseignement,...
- Art.4 : le directeur est assisté d'un conseil technique [...]. Outre le médecin inspecteur départemental, président, le conseil comprend cinq membres désignés pour trois ans dans les conditions suivantes : Trois membres, dont un délégué de l'organisme gestionnaire, un représentant des professeurs médecins et un masseur kinésithérapeute moniteur, et deux membres dont un médecin ayant des connaissances en kinésithérapie et un masseur kinésithérapeute moniteur, n'appartiennent pas au personnel enseignant de l'école [...];
- Art.5 : La liste des professeurs et des masseurs kinésithérapeutes moniteurs est établie par le directeur de l'école. [...]. L'enseignement des matières médicales suivantes : anatomie ; physiologie et sciences annexes ; pathologie médicale et chirurgicale ; hygiène ; doit être donné obligatoirement par des docteurs en médecine ayant une compétence particulière dans ces disciplines ;
- Art.6 : Les masseurs kinésithérapeutes moniteurs participent au fonctionnement de l'école et sont responsables du travail des élèves, etc. ;
- Art.7 : Le directeur est responsable de l'organisation des stages cliniques et de leur contrôle. A cet effet, il désigne un ou plusieurs masseurs kinésithérapeutes moniteurs de l'école chargés d'assurer un contrôle fréquent et régulier de l'assiduité des élèves et du travail effectué par eux dans les terrains de stages.

²³⁶ Annexe n°8, Décret du 20 mai 1968 (arrêté relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute), pages 05339, 05340 et 05341 :

L'analyse de ces articles met en avant la place des MK au sein des différentes écoles de formations. Avec les possibilités offertes aux MK d'occuper un poste de direction d'établissement et de la maîtrise de certains enseignements, un processus de professionnalisation est acté. Pour Wittorski²³⁷, il définit « *la professionnalisation comme « mise en mouvement » des individus dans des contextes de travail flexibles* ». Il complète ces propos par : « *la professionnalisation ...est une évolution continue des compétences pour assurer une efficacité en permanence accrue du travail (la professionnalisation va alors de pair, par exemple, avec un discours sur la polyvalence,...)*. Sans être nommé, ce processus trouve sa genèse. Propos appuyé par Roquet, citant Freidson²³⁸ : « *Dans un premier sens, la professionnalisation renvoie au processus d'apprentissage, d'acquisition et de développement des qualités qui transforment l'individu en un professionnel. Cette approche se retrouve dans la figure de l'expert, du spécialiste, qui agit seul et se fait reconnaître pour son savoir expert (Freidson, 2001)* ». Il complète²³⁹ ses propos par : « *Les processus de professionnalisation sont étroitement liés à la construction de savoirs théoriques, pratiques ou encore professionnels dans les situations formatives et professionnelles* ». Wittorski²⁴⁰ complète cette approche par : « *La professionnalisation : « fabrication » d'un professionnel par la formation et, dans le même temps, recherche d'une efficacité et d'une légitimité plus grande des pratiques de formation* ». La professionnalisation est actée.

Toutes les bases d'une société de « consommation moderne » sont posées avec, une augmentation de la population qui ne demande qu'à profiter des nouvelles opportunités de confort de vie (de profiter dans les meilleures conditions physiques et psychologiques), des nouvelles applications thérapeutiques qui ne cessent d'évoluer. Toutes ces revendications sociales et sociétales se retrouveront dans les événements de 1968, et peuvent expliquer que le décret d'application ne soit publié qu'en 1969. Une refonte complète des modalités d'enseignements et de ces contenus va être proposée à de nouveaux étudiants. L'identité professionnelle de leur futur métier est en pleine mutation.

2-3 Refontes des programmes par le décret du 28 mars 1969

Un allongement des études pour un métier qui se dirige vers une activité libérale.

C'est sur cette période, 1985, que « j'ai » obtenu mon D.E en massokinésithérapie. « Je » ne ferai mention que des sujets qui m'ont permis de valider ce diplôme. « Je » rappelle que « je » ferai preuve de discernement sur l'analyse apportée.

« Je » compléterai mes propos par ceux récoltés, comme matériel d'analyse (entretiens semi dirigés), lors de ma soutenance du Master 2, en 2013. (« Je » rappellerai son titre : « *Comment, et par quels moyens, au sein des IFMK (institut de formation des masseurs kinésithérapeutes), la notion de recherche est-elle développée, voire enseignée ? J'ajouterai dans quel but* », sous la direction de madame Eliane Rothier-Bautzer.). Ces propos sont ceux d'un directeur d'IFMK, qui a fortement

²³⁷ Wittorski R., 2009, « *A propos de la professionnalisation* », Chapitre paru dans JM Barbier, E Bourgeois, G Chapelle et JC Ruano-Borbalan (éd. 2009). *Encyclopédie de l'éducation et de la formation* (p. 781-793). Paris : PUF, PDF en ligne sous : [A propos de la professionnalisation \(hal.science\)](#), p.2

²³⁸ Roquet, P., (2012). « *Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse.* » Phronesis, 1(2), 82–88. <https://doi.org/10.7202/1009061ar>. En ligne sous : [Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse \(erudit.org\)](#), p.83

²³⁹ Ibid. 239, p.84

²⁴⁰ Wittorski R., 2008, « *La professionnalisation* », L'Harmattan/ « Savoirs », 2008/2 n°17/p.9 à 36, en ligne sous : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2-page-9.htm>, p.14

contribué à l'élaboration de la réingénierie et des futures réformes de la formation initiale. « Je » tenais à le remercier pour sa disponibilité, et la mise à disposition de l'ensemble des documents, me servant pour l'analyse de cette première partie.

Introduction

Ces refontes de la formation initiale sont corrélées avec de nombreux dispositifs réglementant le métier de MK. Elles seront avancées au regard de critères retrouvés sur les programmes de cette formation initiale.

Le décret du 28 mars 1969²⁴¹ est applicable dès la rentrée de septembre 1969²⁴². Il fait suite aux réajustements des programmes de 1962, et des diverses revendications de l'ensemble des acteurs de ce métier. Le CSK et l'association Valentin Haüy ont fortement inspiré cette réforme. Elle restera en vigueur jusqu'en 1989, soit 20 ans. On retrouvera le début de réflexion du processus de sa réingénierie. Cela accélérera aussi le début de l'ouverture de l'université à certains MK.

Dans le rapport du Ministère de la santé et des sports²⁴³ (Octobre 2008) il est rapporté que : « *L'apparition du certificat de spécialité en médecine physique et de réadaptation en 1966 et du certificat d'aptitude aux fonctions de masseur-kinésithérapeute moniteur en 1969, attribue le champ de la recherche au corps médical et l'enseignement aux « experts » de la kinésithérapie.* ». Cela permettra de valider les pratiques. Il est rappelé²⁴⁴ que : « *Depuis, l'essor de la kinésithérapie a été marqué par une transmission de l'art, transmission entre praticiens de pratiques empiriques ayant des résultats cliniques* ». Nous rappelons que ce sont ces MK moniteurs qui participent aux enseignements, à la gestion des écoles, et aux différentes évaluations. Cette modification importante met en avant la continuité de professionnalisation de ce métier. « *L'utilité sociale de la kinésithérapie s'inscrit dans une validation des pratiques au delà des reconnaissances implicites des usagers et du corps médical* ». (Extrait de ce même rapport en p.4). Cette professionnalisation des étudiants passe aussi par celle des divers intervenants MK au sein des écoles de formation, et sur les terrains de stage.

L'identité professionnelle se modifie au fur et à mesure des nouveaux apports. Nous nous questionnons, comme pour le décret de 1962, sur les modalités d'inclusion de ces nouveaux savoirs. Sont-ils inclus par le directeur des écoles après négociations avec les formateurs ? Sont-ils « déclarables » à l'instance ministérielle qui régule cette formation ? Cela modifie-t-il les programmes par l'abandon de certains apports ? Nous retrouvons là la même réflexion que celle développée ci-dessus.

2-3-1 Un décret court²⁴⁵

C'est en quelques lignes que ce décret officialise les modifications apportées par l'état sur la formation initiale des études en masso-kinésithérapie. De nouveau, c'est avec l'avis du CSK, que ce texte est proposé et validé. Du texte précédent, ce ne sont que les cinq premiers articles qui sont

²⁴¹ Annexe n°9, décret n°69-282 28 3 1969 JO196903175

²⁴² Ibid. 241, p.3175, colonne de droite, bas de page, art.4

²⁴³ Ministère de la santé et des sports, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Observatoire National des Emplois et des Métiers de la fonction Publique hospitalière. « *Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière* », Monographie Masseur-Kinésithérapeute, Octobre 2008, sous le lien : [monographie_mk-2.pdf \(sante.gouv.fr\)](#), p.4

²⁴⁴ Ibid. 244

²⁴⁵ Ibid. 242

abrogés. Il persiste l'autonomie de direction de certains instituts et de gestion des enseignements délégués à certains MK moniteurs.

Il est retrouvé pour la première fois des modalités d'inscription. Celle-ci repose sur un concours d'entrée. Les connaissances interrogées sont celles enseignées pour l'obtention du BAC C, ou BAC S., et pour certains sur titre de sportifs de haut niveau. Ce concours PCB (Physique, Chimie, Biologie) sera définitivement abandonné pour la rentrée scolaire en septembre 2017.

Le premier changement est le passage des études sur trois ans, ce qui est, au regard des revendications exposées ci-dessus, correspond à une vraie demande des acteurs de terrain. Les étudiants non voyants sont concernés par ces changements. Il n'est plus fait de différence sur le diplôme.

Le programme proposé est sous forme de livret, de 20 pages. Les six premières pages sont consacrées au programme de première année, les huit suivantes à la seconde, les cinq suivantes à la troisième année et la dernière page à l'enseignement clinique (stage). Nous garderons la même annotation que précédemment. Ce texte est cité une fois sous la référence : Annexe n°4, puis ne seront mentionnées que les pages.

Avec cet allongement d'une année, le programme d'enseignement, est lui-même modifié. Il reste des apports théoriques, pour 1711 heures (surtout en première année), et pratiques (sur les trois années) pour 1080 heures sans tenir compte du stage facultatif²⁴⁶. Ce que nous pouvons noter est une augmentation de 626 heures²⁴⁷ par rapport aux textes de 1962. Avec une répartition pour les cours théoriques de 594 heures, et les stages pratiques de 32 heures (toujours sans tenir compte du stage optionnel). C'est bien l'apprentissage théorique qui est renforcé. Le remodelage de l'enseignement clinique le sera aussi.

L'organisation de l'examen pour l'obtention du D.E est aussi modifiée (Art.3). Il se passe désormais en deux étapes.

- 1^{ère} étape : Admissibilité. Repose sur un écrit d'un cas pratique. La moyenne est attendue pour passer la 2^{ème} étape.
- 2^{ème} étape composée de deux épreuves : une orale et une seconde de pratique d'admission. La moyenne est demandée sur la somme des deux notes.

Nous prendrons comme exemple pour l'obtention de ce D.E, celui que nous avons passé en 1986 qui s'est déroulé comme suit : -

- Une épreuve écrite de quatre heures dont le sujet était (de mémoire),
« Fracture de la 4^{ème} vertèbre lombaire chez un employé du bâtiment, dont le traitement, en première intention, a été médical par la pose d'un corset ». Après avoir fait les rappels anatomo-physiologiques des vertèbres, et de la colonne vertébrale, vous décririez le traitement en masso-kinésithérapie à court, moyen, et long terme.

²⁴⁶ Annexe n°10, programme du 28 2 1969, Annexes non parues au JO, p.3, Stage facultatif en gynécologie-obstétrique sur 1 mois.

²⁴⁷ Calcul de la différence : total théorico-pratique pour 1969 :1711+1080 = 2791, et pour 1946 :1117+1048 = 2165

Puis

- Une épreuve orale,
Nous avons été questionnés sur trois points : les actions et rôles de la sécurité sociale, la signification de notre numéro de sécurité sociale, et des rappels sur les démarches à effectuer pour une installation en libérale.
- Une épreuve de pratique,
Elle s'est passée au sein de l'hôpital Avicenne de Bobigny, dans le service de rééducation. Après un tirage au sort anonymisé, un patient nous fut confié. Un « clochard » âgé, alcoolisé, pris en charge dans ce service, pour une fracture de la cheville droite. Après une approche, et un tête à tête seul avec ce patient, l'examen c'est déroulé dans des conditions de « MK diplômé ». Le jury était composé d'un médecin, assez exigeant, et d'un masseur-kinésithérapeute, encore plus exigeant.

Aucun résultat ne nous a été communiqué. C'est fin Juin, et au sein de l'école, que ceux-ci étaient dévoilés après affichage à la DDASS de Paris 19^{ème}, rue Mouzaïa.

L'application de ce décret se faisant 6 mois après sa publication, pour la rentrée de septembre, les écoles (pour l'aménagement de ces nouveaux rythmes et programmes, le recrutement de nouveaux formateurs) et les structures hospitalières (pour les stages) étaient-elles préparées ?

Les étudiants avaient-ils intégré le coût financier supplémentaire de cette formation ? Avec cette augmentation financière, cette formation recherche-t-elle des profils ciblés ? À l'époque de notre formation, la scolarité était facturée 15 000 francs par an²⁴⁸ (Soit 2286,73 €. A ce jour et à titre d'exemple, ce sont 8 000,00€ par an en moyenne). Comment intégrer les redoublants de première et de deuxième année de l'ancien programme ? Cette modification de programmes a-t-elle modifié l'identité professionnelle de ces futurs MK ? Pour Garcia²⁴⁹ (2018) : « *On pourrait dire que c'est dans un espace intermédiaire, un entre-deux, et par un va-et-vient entre le terrain et le centre de formation que l'étudiant va construire son identité professionnelle. C'est ce qu'on appelle l'alternance intégrative. Ce sont les dispositifs à l'intérieur des projets pédagogiques (forme des cours, mode d'apprentissage, choix pédagogique, forme de groupes d'analyse de pratique, groupes de professionnalisation, de référence, place des étudiants, rapports avec les terrains, participation des professionnels, type d'évaluation...) qui vont réellement déterminer la tendance* ». Cette ambivalence va-t-elle créer une différenciation des entités professionnelles ? Ou, l'arrivée dans le monde du travail et de ses pratiques, va-t-elle lisser cette identité vers une identité commune ? Et comme dernier point d'interrogation : l'identité professionnelle développée au sein des IFMK, n'est-elle

²⁴⁸ Glaude M, Hernu P., « *Les salaires en 1985* ». In: Economie et statistique, n°188, Mai 1986. Les salaires en 1985 / Disparités de salaires en France et en Allemagne / L'habillement des Français / L'économie de la Réunion. pp. 3-22; doi : <https://doi.org/10.3406/estat.1986.2456>. En ligne sous: [Les salaires en 1985 \(persee.fr\)](https://www.persee.fr/doc/estat_1986_1986_2456), p.4. En 1985 le SMIC horaire brut est de 26,04 Francs par heure (3,969 €), soit 4 401 Francs (670,92 €) par mois pour un salarié travaillant 39 heures par semaine. En 2023, Smic brut horaire est de 11,27 euros (soit 73,93 Francs), soit 1709,28 (soit 11 212,15 Francs) pour 35h par semaine. En 1985 le coût d'une année de scolarité était équivalent à 3,5 fois le SMIC. En 2023 à +/- 5 fois le SMIC. L'investissement financier à ce jour sur 4 années d'étude pousse de très nombreux étudiants à financer leurs études par un crédit, remboursable après l'obtention du D.E. Les revenus moyens d'une activité libérale couvrent rapidement le remboursement. En 2022, ce sont +/- 75 000,00 € brut annuel, soit +/- 40 000 € net par an, soit 3 300 net par mois (Source : [Combien gagne un kiné ? Le salaire du kiné | Les montants \(kinejob.com\)](https://www.kinejob.com)). Le salaire moyen net en 2022 est de +/- 2340 €. Ces revenus des MK libéraux les positionnent comme cadres moyens. Une identité professionnelle financière est retrouvée.

²⁴⁹ Garcia S., 2018, « *Professionnalisation, formation et identité professionnelle. Le cas des éducateurs de jeunes enfants* », Dans Empan 2018/1 (n°109), p.68-73), Edit Erès, PDF sous [EMPA_109_0068.pdf](#), p.73

qu'un des maillons de celles des diplômés en exercice ? Et comment positionner celle des MK formateurs ? Qui eux aussi sont des MK, avec des profils différents ? Nous touchons là, la complexité de notre sujet : l'identité professionnelle des futurs MK. Les travaux de Fray²⁵⁰ (2010) mettent en avant « *qu'une identité professionnelle stable est essentielle pour une bonne qualité du travail* ». Comment la professionnalisation peut stabiliser un métier et sa formation initiale ? Ce concept est bien un cheminement non stabilisé. Est-ce un concept qui n'aura pas de fin ? Ou trouvera-t-il sa finalité en se rapprochant du concept d'universitarisation de cette formation initiale ? Pour Dubar (2000), cité par Fray²⁵¹: « *l'identité professionnelle souligne bien que le processus de construction est permanent dans le temps car pour lui, l'identité est à la fois stable et provisoire* ». Nous pouvons y ajouter que cette identité professionnelle est une des composantes de l'identité personnelle, qui elle aussi a une instabilité correspondant aux aléas de la vie.

2-3-2 Un programme innovant²⁵² ?

Ce programme sur trois ans, propose une progression des enseignements allant des connaissances fondamentales de bases d'anatomophysiologies du corps sain, jusqu'à la complexité du corps malade. Par une phrase, les rédacteurs ouvrent les portes sur le monde libéral²⁵³ : « *visites de centres ou services de rééducation publics ou privés (15 heures)* ». Cette découverte du monde de la masso-kinésithérapie correspond à une constatation énoncée en préambule de ce décret²⁵⁴, sur la vision méconnue des étudiants sur ce métier. Les 10 heures consacrées regroupent un apprentissage théorique, et « pratique » par les visites. Cette visualisation concrète du monde du travail, prépare l'étudiant de première année à la réalité du terrain professionnel. Les représentations de ce métier par l'étudiant se sont construites subjectivement tout au long de leur début de vie. Propos appuyé par Salaün²⁵⁵ (2020) : « *Si la reconnaissance des acquis buissonniers n'est pas clairement affirmée, elle a permis de reconnaître qu'ils en existent bien* ». Une première modification peut apparaître au contact de ces premiers terrains de stage. Cette identité professionnelle personnelle de chaque étudiant est empreinte d'acquis formels et informels. Pour Lietard (2005), cité par Salaün (2020)²⁵⁶ : « *L'apprenant apprend dans des lieux de plus en plus diversifiés, par les médias, par les nouvelles techniques d'information, par leur vie au quotidien, y compris familiale. Il y a de plus en plus d'interpénétration entre la vie et l'école* ». Ce premier stage est-il comparable à un rite initiatique pour entrer dans le métier ? La construction identitaire est un long cheminement. Pour Riopel²⁵⁷ (2006) : « *l'entrée dans la profession permet le développement identitaire à la condition que le novice y soit préparé* ».

Ce programme est présenté :

²⁵⁰ Fray A.M, Picouveau S., 2010, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail* », Management Prospective Ed. / »Management et Avenir », 2010/8, n°38/p.72-88, PDF en ligne sous : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>

²⁵¹ Ibid. 251, p.79

²⁵² Ibid.247

²⁵³ Ibid. 247, p.2

²⁵⁴ Ibid.247, p.1

²⁵⁵ Salaün P., 2020, Dans : « *Validation des acquis buissonniers. Vers une meilleure reconnaissance par l'équipe éducative de l'expérience des professionnels, des étudiants et des élèves* », sous la direction de madame Corinne Baujard, Edit : l'Harmattan, collection : orientation à tout âge, chapitre 14, p. 304-329, p.327

²⁵⁶ Ibid. 256, p.313

²⁵⁷ Riopel M.C, 2006, « *Apprendre à enseigner : une identité professionnelle à développer* », Edit : Presses Universitaire Laval ; Collection Formation et profession, 206 pages, p.27

- Pour la première année par son premier trimestre (p.1-4), les deuxième et troisième trimestres ne sont pas dissociés (p.4-6) ;
- Les deuxième (p.7-14) et troisième années (p.15-19) sont présentées sans temporalité trimestrielle ;
- L'enseignement clinique positionne les différents lieux de stages par trimestres et en heures. (Annexe non parue au Journal officiel)

Une nouvelle approche pédagogique se retrouve sur ces trois années. Des temps d'échanges sont proposés entre novices (l'étudiant, ici appelé enseignés (p.1)) et experts (l'enseignant (p.1)). Ce sont 246 heures de temps d'échanges qui sont proposées. L'étudiant devient acteur de ses apprentissages. Propos appuyé par Berton²⁵⁸ (2017) : « *Cependant et notamment lorsqu'on exerce une activité qui nécessite l'interaction à l'autre, [...], l'employé (Ici le formé) ajuste sa façon de faire, identifie des marges de manœuvre au regard de la personne, de la situation rencontrée. Il devient acteur.* » Pour Ardoino²⁵⁹ (2000), la posture d'acteur peut faire suite à celle d'agent. Cette posture lui permet de : « *retrouve un degré plus élevé d'intentionnalité* ». Il peut s'exprimer et proposer une certaine marge de manœuvre. Il n'est plus qu'un simple exécutant. Il peut s'impliquer davantage. Ces prises d'initiatives lui permettent d'ajuster, et d'ajouter une plus value à ses interventions.

- Pour la première année, 110 heures proposées, réparties comme suit :
 - a- 66 heures de répétition, tables rondes et de contrôle des connaissances (oralement et par écrit) pour le premier trimestre,
 - b- 44 heures de tables rondes et contrôle des connaissances (2 h par semaine).
- Pour la deuxième année, 64 heures de tables rondes et contrôle des connaissances ;
- Pour la troisième année, 72 heures de tables rondes et contrôle des connaissances. (3 h par semaine)

Ce contrôle et ces échanges permanents aident « l'enseigné » (le formé) à confronter, à affiner ses savoirs, savoir-faire théorico-pratiques auprès des enseignants et des autres étudiants. Un nouvel axe est proposé par un tutorat entre les enseignés. Les étudiants de troisième année pourront accompagner ceux de première année²⁶⁰. Nous pouvons nous questionner sur cette démarche. Pour l'étudiant, sa posture professionnelle évolue tout au long de son apprentissage. Elle est dépendante des différents contacts tant dans l'IFMK que sur les terrains de stage. Comment sont « sélectionnés » ces tuteurs non diplômés ? Sont-ils formés ? Les discours sont le reflet d'une seule personne. Comment est faite la régulation ? Lors des tables rondes des étudiants en troisième année, y-a-t-il une régulation de la part d'un enseignant ? Chaque intervenant apporte sa propre identité, et sa propre identité professionnelle. Propos conforté par le professionnelle Fray²⁶¹ (2010) : « *L'identité professionnelle commence avec sa propre identité* ». Quelle posture ces néoenseignants ont-ils ? Quelle importance peut-on donner à ces deux identités. Pour El Akremi²⁶² El A, et All, (2009) citant Hogg Ret Terry (2000), « *Les individus construisent, à des degrés divers, une part de leur identité sur la*

²⁵⁸ Berton J., 2017, « *Engagement et formation* », dans VST-Vie sociale et traitements 2017/1 (n°133), p.124-134) Edi. Erès, p.124. PDF en ligne sous : [VST_133_0124.pdf](#)

²⁵⁹ Ardoino J., 2000, « *Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir* », Col : Education et formation, Edit : Presse Universitaire de France, p.38

²⁶⁰ Ibid.247 p.6, « *Dès que possible, le stage (stage d'initiation à la kinésithérapie) pourra être guidé par des élèves de troisième année* »

²⁶¹ Ibid. 251, p.73

²⁶² El Akremi A., Sassi N., Bouzidi S., 2009, « *Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail* », Relations industrielles, Vol 64, n°4, automne 2009, p.664, PDF sous [038878ar.pdf](#)

base de leur travail : « Pour nombre d'individus, l'identité professionnelle et/ou organisationnelle peut être plus marquante et déterminante que celle qui leur est attribuée sur la base du genre, de l'âge, de l'ethnicité, de la race ou de la nationalité » (Hogg et Terry, 2000 : 121) ». Pouvons-nous considérer que c'est l'identité professionnelle de ces étudiants qui sera la plus exposée ? Cette mixité engendre-t-elle des conflits cognitifs ? Comment un étudiant de troisième peut-il gérer ce conflit ? Quel impact a-t-il sur l'identité propre et professionnelle ?

Ce moment d'échange est aussi pour l'enseignant une approche d'évaluation informelle. Elle permet d'évaluer le discours, son assimilation et son appropriation par les étudiants. Le formateur peut y apporter toutes modifications, et d'approcher le niveau moyen, commun de son groupe.

Nous retrouvons l'emploi du terme « notions » d'enseignement pour ce décret de 69, comme ceux cités dans celui de 1962. Le découpage annuel propose toujours un apprentissage progressif de la première année à la troisième : corps sain/corps malade/traitement en masso-kinésithérapie.

Les cours d'éducation physique à titre personnel²⁶³ sont maintenus, tant sur son enseignement que sur sa pratique obligatoire et optionnelle pour la 3^{ème} année. Nous retrouvons là, la notion du métier de MK corrélée à un profil défini, déjà avancée sur les décrets antérieurs.

A titre personnel et de témoignage, lors de mes études, « j'étais » inscrit dans un club sportif à double casquette : sportif et entraîneur. Cela m'a permis de valider une partie de ces enseignements. Pour être conforme avec le décret de ma formation, « je » l'ai complété par une pratique sportive « universitaire » dispensée à la faculté de Jussieu, tous les samedis matin sur 3 heures.

2-3-3 Répartition par année

a-Première année

Elle est centrée sur les apprentissages fondamentaux de l'anatomo-morphologico-physiologie du corps sain, et de toutes les bases théoriques des différentes pratiques en kinésithérapie. Elle est présentée par trimestre, sur le modèle suivant : premier trimestre seul, et les second et troisième ensembles. On y retrouve une très grande similitude sur les titres des apprentissages du dernier décret.

- Le premier trimestre

Le terme « notion » est retrouvé sur les chapitres II, III, IV. La définition²⁶⁴ de ce terme peut-être complété par : connaissances élémentaires, de bases, vagues, une initiation de base, etc. On retrouve ces termes dans le chapitre VI (Initiation à la psychologie), et dans le VII (Etude de base en biologie et physiologie humaine). Dans le chapitre III, une initiation est portée sur le vocabulaire médical. Cette initiation est une nouveauté. Le futur MK sera en capacité de dialoguer avec son prescripteur. Il en comprendra le vocabulaire des prescriptions qui lui sont dédiées. On retrouve cette même approche dans le chapitre VI, a), « Terminologie en psychologie et psychiatrie ». Ces approches sont des nouveautés.

²⁶³ Ibid.247, p.4 : VIII ; p.6 : V ; p.14 ; p.19, bas de page

²⁶⁴ Définition de notion : Dictionnaire Français, sous [Notion : Définition simple et facile du dictionnaire \(linternaute.fr\)](http://www.linternaute.fr)

Nous faisons les mêmes constats développés dans les premiers chapitres. Ces domaines ne sont réservés qu'aux médecins. C'est la base du diagnostic médical. Ces notions n'ont pas de répercussions sur la prise en charge par les MK. Mais nous pouvons nous questionner sur l'impact de la kinésithérapie sur ces « notions ». C'est par la recherche fondamentale en massokinésithérapie que ce métier pourra mettre en avant un impact positif ou négatif. A l'époque de l'écriture de ce décret, le métier de MK était à ces balbutiements de sa recherche scientifique. On voit apparaître la naissance de deux termes du monde médical et paramédical de nos jours : l'Evidence Base Médecine, (EBM) et l'Evidence Base Practice (EBP). Cette EBP est un des axes de l'universitarisation de la formation initiale des MK. Cette EBP reposant sur les fondamentaux universitaires, nous pouvons aussi considérer que cette universitarisation acte la professionnalisation de l'université. Les divers travaux de Perez-Roux (2018²⁶⁵) (2019²⁶⁶), Michon²⁶⁷ (2015), Lori²⁶⁸ (2017), mettent en avant que le duo universitarisation-professionnalisation de la formation initiale en massokinésithérapie est bien l'axe principal du changement de la formation initiale des MK.

Un nouvel enseignement de 20 heures est proposé : l'hygiène. Il ouvre le métier sur l'extérieur, et loin du soin. Il couvre quatre domaines.

- L'hygiène personnelle de l'enfant, dont celle du scolaire.
- L'hygiène physique et mentale personnelle de l'adulte, avec un point ciblé : la toxicomanie.
- L'hygiène de l'adulte dans le milieu professionnel couvrant des domaines très larges de la prévention des accidents du travail à l'emploi des handicapés.
- Une approche de l'éducation sanitaire

Ce « petit » module ouvre et propose de nouvelles perspectives aux futurs MK. Il n'est plus un acteur du soin, mais un auteur dans la prévention et l'éducation thérapeutique. L'identité professionnelle s'en modifie. Par cette nouveauté, une modification est bien apportée sur cette formation initiale.

Le paragraphe VII, b, Étude de base en biologie et en physiologie humaine (50 heures), Étude des différents appareils, propose une approche réflexive de la part de l'étudiant. Pour Bénéaïoun-Ramirez²⁶⁹ (2009) : « *En résumé, on voit que la réflexivité s'élabore dans un rapport particulier au contexte, colorant la construction de capacités adaptatives dans les situations interactives et à travers la planification et l'intériorisation des routines* ». Il lui est demandé de s'interroger sur sa posture qui résulte « *sur les interactions et de l'influence que peut avoir sur lui la kinésithérapie* ». Pour Blanchard²⁷⁰ (2002) citant Perrenoud : « [...] *la réflexion est devenue une forme d'identité et de*

²⁶⁵ Perez-Roux, T., 2018, « Réforme de la formation en école de Masso-Kinésithérapie : Quels modes de réception par les formateurs », dans les cahiers du CERFEE, 50/2018, 50 ans de sciences de l'éducation : apports et perspectives pour la socialisation-varia, Dossier : Nouvelles missions, nouvelles approches et expansion du rôle social de la formation.

²⁶⁶ Ibid.4,

²⁶⁷ Michon D., 2015, « Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation », Kinésithérapie, la Revue, Vol 15, Novembre 2015, p.30-36, en ligne sous [Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation » - ScienceDirect](#)

²⁶⁸ Iori R., 2017, « Entre universitarisation et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social en France et en Italie », Formation emploi, Revue française de sciences sociales. 138/Avril-Juin 2017, La professionnalisation dans l'enseignement supérieur : forme et effets variés. PDF en ligne.

²⁶⁹ Bénéaïoun-Ramirez N., 2009, « Identités professionnelles entre réflexivité et adaptation. Histoires de vie professionnelles de maîtres-formateurs », Recherche et formation, 60/2009, La formation des enseignants, PDF en ligne sous [rechercheformation-766.pdf](#), p.143

²⁷⁰ Blanchard S., 2002, « P., Perrenoud. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant », 31/1/2002, Varia, O.S.P, l'Orientation Scolaire et Professionnelle, Paris O.S.P, PDF en ligne sous [osp-4894.pdf](#), p.3

satisfactions professionnelles». Ce changement, la réflexivité, est une des étapes du processus de professionnalisation de ce métier. La réflexivité se retrouve dans les cursus universitaires. Pour Gélinas Proulx²⁷¹ (2012) la réflexivité est un « *outil d'accompagnement pour des étudiants aux cycles supérieurs* », et « *développe une pensée autonome*²⁷² ».

Cette réflexivité complète les enseignements de la pratique en massokinésithérapie adaptée à une pathologie. Cette pratique ne sera abordée qu'à partir de la troisième année. Elle pourra être mise en avant lors des différents moments d'échanges proposés dans ce programme (tables rondes, répétitions, contrôle des connaissances). La posture même du futur MK en est modifiée. Cette dernière est attachée à une identité professionnelle propre aux enseignements apportés au sein des différents IFMK. Nous pouvons acter un changement de la posture identitaire des futurs nouveaux MK.

Ce premier trimestre de cette première année d'enseignement est un véritable changement. L'étudiant découvre un métier sans les supports professionnels. Des connaissances informelles sont-elles sollicitées ? Ce champ n'a pas été exploré sur cette époque. Il l'a été sur les années 2018 et après, dont les travaux de Baujard²⁷³ (2020) et Brougère et Bézille²⁷⁴ (2007).

Un court enseignement de 5 heures, est apporté sur une approche « d'initiation à la psychologie générale²⁷⁵ ». Le patient n'est plus considéré comme un « découpage » de segments, ou de pathologies. Cette « prise de conscience » de l'identité du patient introduit une réflexivité du futur professionnel face à sa patientèle. Chaque personne-patient est une entité à part entière. Cette approche est là aussi une nouveauté.

Cette approche, sera complétée en deuxième et troisième trimestre, par des termes (très subjectifs) employés comme : notions concernant les canons de proportion²⁷⁶, une étude concernant la variabilité, la subjectivité du beau et du laid²⁷⁷. Nous pouvons imaginer que ces notions, plus que subjectives, ne peuvent qu'être source de longs discours entre les étudiants et les formateurs. L'image de l'identité professionnelle des étudiants se complexifie. Elle « percute » les notions du « beau et du laid » propres à chacun.

- Les second et troisième trimestres

Peu de changements sont apportés par rapport au décret de 1962. Ils sont proposés sous deux entités : les apprentissages fondamentaux de l'anatomie du corps sein, et les fondamentaux de la massokinésithérapie. On peut noter une présentation plus fine des contenus.

²⁷¹ Gélinas Proulx A., et All, 2012, « *la réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs* », Ripes (Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur), 28(2)/2012, Varia-automne 2012, en ligne sous OpenEdition, p.2

²⁷² Ibid. 272, p.4

²⁷³ Baujard C., 2020, « *Validation des acquis buissonniers. Vers une meilleure reconnaissance par l'institution éducative de l'expérience des professionnels, des étudiants et des élèves*», Orientation à tout âge », Edit : l'Harmattan

²⁷⁴ Brougère G., Bézille H., « *De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation* », Revue française de pédagogie, n°158, janvier-février-mars 2007, p.117-160

²⁷⁵ Ibid.247, p.3, VI, b)

²⁷⁶ Ibid. 247, p.5, c), 2°, 1°

²⁷⁷ Ibid. 247 3, p.5, c), 2°

Prenons comme exemple « la kinésithérapie active²⁷⁸ », dispensée sur 90 heures de cours magistraux, de travaux pratiques (nouvelle donnée), ainsi que les formes d'application, et les principes pédagogiques. L'apprentissage théorique est confronté directement à une approche de pratiques sans connaissances des pathologies.

Nous retrouvons là, et ce sur l'ensemble des trois années, une nouvelle approche pédagogique. Elle se rapproche de la pédagogie active, au sens de Freinet, et de Dewey. Pour L'INSA²⁷⁹ cette pédagogie active met « *l'apprenant est placé dans une situation de démarche plus ou moins autonome où il a à construire ses connaissances, avec l'aide d'informations disponibles et souvent en interaction avec d'autres apprenants* ». Et, pour Renaud²⁸⁰ (2008) : « *On peut repérer chez Dewey quelques traits d'identification de cet équilibre à trouver en éducation. [...], cela oriente l'éducation vers une pédagogie active* », puis citant Dewey : « *Les méthodes qui réussissent toujours dans l'éducation organisée [...] donnent à l'élève quelque chose à faire et non à apprendre, et l'action est telle qu'elle oblige à penser ou à noter des rapports entre les choses, ce qui conduit naturellement à apprendre* ». Une autonomie partielle est officialisée. L'étudiant n'est plus un simple agent de sa formation initiale. Mais bien auteur de celle-ci. L'identité professionnelle en « construction » en est modifiée.

De notre pratique d'étudiant, nous avons affiné nos gestes préprofessionnels lors de travaux pratiques, où nous étions alternativement un patient et/ou un MK. Après une démonstration par un formateur MK, nous reproduisons les gestes. Ceux-ci étaient « corrigés » et affinés directement par le binôme sous le regard du formateur. Les gestes étaient répétés. Ils étaient évalués et notés.

Le terme « notion » n'est retrouvé deux fois sur différents apprentissages : Notions générales d'ostéologie, d'arthrologie (60 heures) ; notion de technologie sans visée thérapeutique (244 heures). L'ensemble des autres enseignements sont complets, sans différenciation de la cible visée. Nous notons à ce niveau, un changement sur l'importance de ces connaissances pour les futurs MK. Sommes-nous là sur une professionnalisation des contenus enseignés ? Ou bien, la professionnalisation repose-t-elle sur les contenus apportés ? Pour Perrenoud²⁸¹ (1994), « *Il faut alors souligner que la professionnalisation est l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres* ». Nous compléterons notre regard par les propos d'Uwamariya²⁸² (2005) : la professionnalisation est « *un processus par lequel les acteurs construisent et maîtrisent les compétences et les savoirs essentiels pour la pratique du métier, le processus du développement professionnel comporte plusieurs dimensions* ». Le savoir, et le niveau qu'on lui attribue, ici les enseignements, est bien un des processus de la professionnalisation. Cela en modifie directement l'identité professionnelle.

Rappel, le programme de ces deux trimestres est complété par :

²⁷⁸ Ibid. 247, p.6, c).

²⁷⁹ INSA, Institut National des Sciences Appliquées, Toulouse, [Définition et principes - Centre d'Innovation et d'Ingénierie Pédagogique \(insa-toulouse.fr\)](http://www.insa-toulouse.fr)

²⁸⁰ Hétier R., 2008, « *La notion d'expérience chez John Dewey : une perspective alternative* », REE, Recherches en éducation, 5/2008, Education et pragmatisme, PDF sous [La notion d'expérience chez John Dewey : une perspective éducative \(openedition.org\)](http://www.ree.org), p.26

²⁸¹ Perrenoud, P., 1994, « *La formation des enseignants, entre théorie et pratique* ». Paris : L'Harmattan. p.67

²⁸² Uwamariya A., et Mukamurera J, 2005, « Le concept de « développement professionnel » en enseignement : approches théoriques », Revue des sciences de l'éducation, Vol 31, n°1,2005, p.141

- Stage d'initiation à la kinésithérapie (60 heures), avec : « Dès que possible, le stage pourra être guidé par des élèves de troisième année »
- Tables rondes et contrôle des connaissances (2 heures par semaine, pour un total de 44 heures)
- Gymnastique individuelle (44 heures),
- Initiation aux techniques sportives (une matinée ou un après-midi par semaine, pour 66 heures)

Après validation de l'ensemble des modules, le passage en seconde année est acté.

b- Deuxième année,

Elle est consacrée à :

- L'étude des différentes pathologies traitées par le futur MK,
- L'apprentissage théorique des techniques en masso-kinésithérapie. « *Elle se fera par rapport aux traitements, en faisant les liens avec les cours de la première année, tant sur l'anatomie que sur la physiologie* ».
- Des stages, des tables rondes, des contrôles de connaissance, et du sport (à titre personnel) .

Cette démarche de réflexion retrouvée sur la première année est un des fils conducteurs de cette nouvelle réforme. Mais déclenchera-t-elle une future réflexivité réelle auprès des étudiants ? La finalité de cette réflexivité est d'amener le futur MK, à poser un regard le plus juste sur la demande et l'attente du patient. Pour cela, le MK fera appel à ces connaissances (du corps sain, de la pathologie, des traitements) pour affiner son approche thérapeutique. Réflexivité au sens de Schön²⁸³ (1983). Bouissou²⁸⁴ (2005) considère « *que la réflexivité est une compétence clé qui doit être développée en formation initiale* ». Et pour Boutinet (1998), cité par Bouissou²⁸⁵ (2005) « *La formation à la réflexivité permet de passer du « faire » à « l'agir »* ». Ici nous ne retrouvons pas de formation spécifique à la réflexivité, mais elle est dispensée formellement et informellement sur l'ensemble de cette formation initiale. Elle imprègne, au fil des enseignements, l'identité professionnelle.

Le terme « notion » n'est retrouvé qu'une seule fois dans Pathologie osseuse : « a), par « *notions générales sur les infections osseuses, sur les tumeurs osseuses, les tumeurs malignes en particulier* ».

Le vocabulaire de l'ensemble des pathologies décrites est celui utilisé par les médecins généralistes, les spécialistes et les chirurgiens. Nous pouvons tenir les mêmes propos que ceux cités ci-dessus sur la professionnalisation.

Un nouveau champ est ouvert par un apprentissage de 100 heures sur la neurologie et les pathologies musculaires. Les avancées technologiques (Electo-Myo-Gramme (EMG), etc.) affinent de nouvelles approches thérapeutiques, dont certaines sont la propriété des MK. À titre d'exemple prenons les accidents vasculaires cérébraux (AVC)²⁸⁶ : « *c'est vers le milieu des années 70, que l'on*

²⁸³ Schön, D.A. 1983, « The Reflective practitioner. How professionals think in action », New York: Basic Books. Format Ebook (ePub), Edit: Routledge, Parution 02/03/2017

²⁸⁴ Bouissou C., Brau-Antony S., 2005, « Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques », Dans Carrefour de l'éducation, 2005/02 n°20, p.113-122, Edit : Armand Colin, p.114

²⁸⁵ Ibid. 285, p.115

²⁸⁶ Accidents vasculaires cérébraux. Objectif 72. Paris : Drees ; 2011 :192-5. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport complet disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-lapopulation-en-france-rapport-2011.html>. p.293-295, p.295

observe une baisse continue de la mortalité cérébro-vasculaire (- 50% entre 1990 et 2008). En termes de handicap : L'AVC est souvent responsable de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients. Les atteintes peuvent être motrices, sensitives, sensorielles et cognitives (avec notamment des troubles de la mémoire). Un mois après l'AVC, pour les personnes ayant survécu, les dépressions sont fréquentes et il est à noter que seulement 41 % d'entre elles n'ont plus de symptômes, ainsi :

- 25% présentent un handicap léger ou modéré ;
- 34% ne peuvent marcher sans assistance.»

La baisse de mortalité, suite à un AVC, engendre de fait, un nombre plus important de nouveaux patients à prendre en charge par les MK. Ce que l'on retrouve aussi sur d'autres pathologies dont la morbidité, sur cette période, a fortement diminué.

L'impact social²⁸⁷ et psychologique est avancé sur cette deuxième année. Une relation est faite entre ces pathologies et un retentissement corporel (appareil locomoteur) aboutissant à une prise en charge par un MK.

Le contrôle des connaissances et les tables rondes (64 heures) complètent cet enseignement. La pratique sportive (64 h) hors scolarité est de nouveau retrouvée. Nous pouvons argumenter sur cette pratique comme sur les chapitres précédents.

Nous pouvons modifier nos propos tenus sur ces apprentissages de la première année. Les échanges et les approches thérapeutiques s'affinent par l'apport de nouveaux savoirs de savoir-faire. La notion de compétences n'est pas explicitement affichée, mais elle est fortement présente.

C'est sur cette deuxième année que le programme est le plus dense. La réflexivité et l'autonomie sont sous entendues, mais correspondent à un changement de posture des enseignements. L'identité professionnelle s'adapte à ce constat.

C- la troisième année

Cette dernière année d'étude se terminera par le passage des épreuves pour l'obtention du D.E en massokinésithérapie. L'article 3, du décret du 28 mars 1969²⁸⁸ en donne les modalités. L'année scolaire ne sera pas complète. Elle se terminera fin mai. Le programme annoncé est de septembre à mai, soit huit mois.

Cette troisième année est essentiellement ciblée sur les techniques propres à la rééducation adaptées aux pathologies. L'étudiant devra s'appuyer sur l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques acquises durant les deux premières années.

Ces approches professionnelles techniques seront aussi développées sur un champ purement médical, touchant des pathologies²⁸⁹ aussi diverses que les affections digestives, l'obésité, etc. Ces pathologies ne touchent pas directement l'appareil locomoteur. Un dysfonctionnement de ces dernières peut être une des conséquences de ces troubles métaboliques. Elles peuvent être un frein ou une contre indication à une prise en charge en masso-kinésithérapie. L'étudiant, et le futur MK,

²⁸⁷ Ibid. 247

²⁸⁸ Ibid.246

²⁸⁹ Ibid.247 p.16, 2°, b)

devront prendre en compte l'état général global du patient. Le bilan du MK se professionnalise. Il s'ouvre sur des champs qui n'étaient réservés qu'au monde médical. La posture propre du MK évolue. La professionnalisation des MK trouve sa place dans cette formation initiale. L'identité professionnelle suit ce mouvement.

L'ensemble de ces apports fait qu'un nouveau domaine s'ouvre aux MK. Il n'est plus qu'un simple exécutant. Il est « un conseillé » par son action dans l'éducation thérapeutique. Le spectre de ces compétences s'élargit. Nous avons là un élargissement de la place du MK, sur des compétences partagées avec de nombreux autres acteurs du soin. La singularité du regard du MK reposera sur son analyse pouvant officialiser une prise en charge en massokinésithérapie.

Par un approfondissement des approches en psychologie²⁹⁰, ce texte conforte la place importante du patient. Celui-ci est une entité globale et non qu'une « articulation pathologique ». Cette nouvelle approche thérapeutique bouscule la posture du MK et du patient. Le patient devient acteur de sa prise en charge. Le MK devient auteur de son approche thérapeutique. Ces changements complètent « la mutation » de l'identité professionnelle du MK.

Une approche de rééducation, pour des soins postnataux et obstétricaux²⁹¹, est survolée (5 heures). Ces compétences sont partagées avec celles des sages-femmes, personnelles du monde médical. Un enseignement mutualisé peut-il être envisagé ? Le vocabulaire enseigné doit, lui aussi, être commun. La normalisation médicale du vocabulaire positionne l'étudiant et le MK à niveau égal avec le corps médical. L'identité professionnelle développée à l'origine n'est plus retrouvée à ce niveau. La professionnalisation de ces étudiants est affichée. Pour Wittorski²⁹² (2009), la professionnalisation doit : « *favoriser une évolution continue des compétences pour assurer une efficacité en permanence accrue du travail (la professionnalisation va alors de pair, par exemple, avec un discours sur la polyvalence)* ». Nous pouvons nous interroger sur la pertinence et l'efficacité de ces cinq heures d'enseignement. Les domaines d'interventions couvrent une place très large, allant des soins du postpartum aux divers troubles vésicaux-sphinctériens de la femme. Il est demandé aux étudiants de mobiliser des compétences transversales. La réflexivité est de nouveau affichée. Nous retrouvons la même approche sur l'ergothérapie (5 heures). Ce champ sera abandonné progressivement par la création en 1970 du DE d'ergothérapeute, mais reste dans le domaine de compétence des MKs.

L'accroissement des loisirs et des activités sportives fait que de nouveaux patients seront à prendre en charge. Pour Bickel²⁹³, citant Pronovost (2005), « *relève que cet accroissement général de la participation, qui se traduit aussi par une diversification des intérêts, a été particulièrement marqué dans les années 1970* ». Il complète ses propos²⁹⁴ par « *une première thèse générale, pose qu'à partir des années 1960- 1970, se développe un nouveau modèle culturel centré sur la notion d'épanouissement personnel et faisant la part belle aux loisirs* ». Le législateur propose de « former »

²⁹⁰ Ibid.247, p.18, III

²⁹¹ Ibid. 247 p.16, 4°

²⁹² Wittorski R., 2009, « A propos e la professionnalisation », Chapitre paru dans JM Barbier, E Bourgeois, G Chapelle et JCu Ruano-Borbalan (Ed. 2009), encyclopédie de l'éducation et de la formation, p.781-793, Paris Puf

²⁹³ Bickel JF, et All, 2005, « *Changement et continuité dans les loisirs: une comparaison de cohortes* », L'année sociologique, 2005/1, Vol.55, p.129-169, Edit : Presses Universitaires de France, p.133

²⁹⁴ Ibid. 294, p.143

les étudiants, sur cet enseignement (30 heures)²⁹⁵. De nouveau un temps court de formation, étant lui-même inclus sur un chapitre global de techniques spéciales-travaux dirigés.

Nous noterons que pour la première fois est abordé un rapprochement avec la recherche. Les étudiants présentent sous forme d'exposé des revues de l'état de l'art des techniques spéciales en rééducation²⁹⁶ (30 h). Les étudiants, par leurs travaux et leurs exposés, peuvent s'ouvrir sur une autre démarche : « démarche intellectuelle » de réflexion. La réflexivité est à nouveau avancée.

Le même phénomène, que pour l'ergothérapie d'abandon d'enseignement, est réservé pour les soins thermaux²⁹⁷. Il se retrouve sur un chapitre plus complet, regroupant l'ensemble des agents physiques mobilisables par les MKs. Nous noterons que ces soins détachent les mains du MK du patient par l'utilisation de matériels. L'orientation de ce métier change. Il est tourné plus sur une activité libérale de ville²⁹⁸.

Une place importante est proposée pour les « handicapés ». Ce sont deux chapitres qui leur sont concernés²⁹⁹. Nous retrouvons un complément d'enseignement ciblé sur la déontologie de ces patients. Une législation spécifique leur est dédiée³⁰⁰. Tout est fait pour que ces patients puissent être suivis par les MK libéraux.

La législation de ce métier est abordée sous l'angle des « problèmes³⁰¹ ». Ce terme employé est fort. Cette entrée positionne la déontologie professionnelle comme complexe, source de freins dans l'exercice de ce métier. Cet enseignement repose sur une approche interprofessionnelle du monde médical et des « axillaires de la médecine³⁰² ». Nous notons que seule la profession d'infirmier est identifiée. Cette identification est présente depuis l'origine de ce métier, et, est fortement attachée à celle du médecin. Ce chapitre positionne la place du futur professionnel MK au sein du monde complexe du soin et des diverses approches thérapeutiques. Il est aussi fait mention du regard porté sur ce métier hors France. Cette ouverture permet d'explorer les approches thérapeutiques en massokinésithérapie hors territoire national. Nous rappellerons que c'est en 1951, par l'action commune de 11 pays, qu'est créée la « World Confédération for Physical Therapy » (WCPT). Elle changera de nom en 2020, pour « World Physiothérapie ». La France y adhérera la même année.

Nous avons là l'officialisation des contours d'une nouvelle identité professionnelle. Pour Sainsaulieu (1985) : « *L'identité professionnelle est aussi la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe. Elle est fondée sur des représentations collectives distinctes, et est le résultat d'une identification à l'autre, en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales* ³⁰³ ». Nous rappelons que l'identité professionnelle est « *avant tout une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale* » (Gohier, 2000, cité par Fray, 2010).

²⁹⁵ Ibid. 247 p.19, VI

²⁹⁶ Ibid. 247, p.19, VI

²⁹⁷ Ibid. 247 p.18, IV

²⁹⁸ Billaut A., et All, 2006, INSEE, « *Données sociales : la société française. Les évolutions démographiques des professions de santé* » paru le 01/05/2006, p.555-566, p.560 et p.563 (colonne de droite)

²⁹⁹ Ibid. 247, p.16-17, 5° et 6°

³⁰⁰ Ibid. 247, p.19, VII, a), 2° Législation sociale, Le régime « handicapé »

³⁰¹ Ibid. 247, p.19, VII

³⁰² Ibid. 247, p.19, VII, a), 1°

³⁰³ Ibid. 261, p.75

Cet enseignement est complété par des tables rondes et des contrôles des connaissances (72 h, 3 heures par semaine). Ces moments d'échanges compléteront la « construction » identitaire professionnelle.

d-Les stages

8 mois sont destinés aux stages dans les services de neurologie (4 mois), de cardio-vasculaire (2 mois). Un long stage hospitalier sur 2 mois à temps complet et libre de choix sur les services. Cela complètera la formation initiale.

2-3-4 Conclusion

Cette formation initiale innove par l'ouverture du métier de MK sur d'autres champs d'interventions. La possibilité d'effectuer un bilan lisible par le médecin (par un vocabulaire commun), l'ouverture sur une activité libérale, la prise en charge d'un patient (et non d'une pathologie), l'éducation thérapeutiques (même si ce terme n'est pas officiellement employé), l'abandon de certains champs d'intervention, la présence de nouveaux espaces d'intervention, le partage d'approche thérapeutique, sont autant d'innovations et de bouleversements que la création en 1946 du DE.

Le métier continue sa mutation. L'identité professionnelle suit cette « mutation ». L'étudiant devient une personne réflexive, autonome, avec une place sociale reconnue. Tout en restant « en pleine forme » (cours de gymnastique-activité physique personnelle), ce professionnel s'appuie sur les premières démarches de recherche en massokinésithérapie. Il n'est plus centré sur une pathologie, mais sur un patient. Il appartient à un « sous groupe » du monde médical, avec sa propre identité.

Cet enseignement sera enrichi régulièrement au regard des avancées médicotecnologiques.

En parallèle de cette formation initiale, de nombreuses réformes sur ce métier accompagneront les étudiants et les MK en exercice.

On retiendra comme dates principales :

- 1973 : le 14 septembre, création du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPPM). Décret n°73-90³⁰⁴, qui remplace le CSK.
 - La commission professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes validera la création d'un diplôme de Moniteur Cadre en masso-kinésithérapie (en place du MK Moniteur de 1967), officialisée par le décret du 6 septembre 1976.
Ce CSPPM sera remplacé le 15 mai 2007 par le Haut Conseil des professions paramédicales.
- 27 novembre 1979, décret n°79-1020³⁰⁵, recadrage des études préparatoires et des épreuves du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapie. Ce décret a été promulgué après avis du CSPPM, avis donné par la commission des masseurs-kinésithérapeutes, dont les médecins sont absents. L'autonomie de ce métier se confirme. Les MK prennent en main le recrutement des élèves et

³⁰⁴ Décret n° 73-901 du 14/09/1973. Ce conseil est chargé de donner son avis sur les différentes modifications que souhaite mettre en place le Ministère des Affaires Sociales pour les professions paramédicales. Il ne possède aucun pouvoir de décision. C'est donc une commission de consultation. Seul le Ministère a le pouvoir de décision. Cette commission est renouvelée tous les trois ans. Ce conseil se réunit une fois par an et rassemble les professions paramédicales, et se compose : d'une commission interprofessionnelle regroupant tous les délégués élus, et de commissions professionnelles, à savoir une commission par profession, soit 13 au total. Ce conseil sera questionné sur plusieurs points : l'organisation des différentes professions et des textes réglementaires qui les régissent, l'organisation des études et l'accès aux études et l'organisation des directions des instituts de formation.

³⁰⁵ Décret n°79-1020 du 27/11/1979 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du Diplôme d'Etat de Masseur K

interagissent sur le déroulement de l'examen final. Nous retrouvons dans l'Art 2, la confirmation qu'un tronc commun d'enseignement est possible entre les différents métiers médicaux (étudiants en médecine ayant validé la première année, sage-femme) et paramédicaux (infirmiers, pédicures, ergothérapeutes et psychorééducateurs par validation de passage en seconde année). Par l'accès direct en seconde année de formation, c'est bien le programme de première année qui est validé comme base commune à tous ces métiers, dont ceux du registre médical. La mutualisation de ce début de formation ne pourrait-elle pas être validée définitivement ? Ce qui sera le cas avec la réforme de 89, à titre expérimental, et que l'on retrouvera par la création en 2019 de la CNU 91.

- Dans l'Art.3, nous voyons apparaître le début d'un quota d'élèves par école, officialisé en 1981. Dans ce même article (Art.3.1), nous constatons qu'un statut particulier est réservé aux sportifs de haut niveau, dont la carrière est courte, et l'avenir professionnel peut rester incertain. Le métier de masseur kinésithérapeute peut être un choix, sous réserve d'avoir le « niveau de connaissance » recommandé et défini par la loi. Nous retrouverons ces sportifs, avec cette même dérogation aujourd'hui. De même qu'une place particulière est confirmée pour les étudiants mals ou non-voyants.
- 26 août 1985 : Décret n° 85-918 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, élargissant considérablement le champ de compétence des MK³⁰⁶. Ce décret a été proposé par le Premier Ministre et sans consultation du CSPPM, mais par l'Académie nationale de médecine. Nous retrouvons là le, les rôles prédominants des médecins qui « jugent » l'opportunité ou non, de déléguer certains actes et approches thérapeutiques. La formation initiale en est « contrôlée » directement. Il est retrouvé régulièrement dans ce décret : « *sur prescription médicale, un médecin étant présent ou à proximité et pouvant intervenir à tout moment, ...qu'auxiliaire du médecin* ». Nous pouvons acter une dualité conflictuelle avec le décret précédent, mentionnant le seul rôle décisionnaire aux MK. L'autonomie en est délimitée, voire limitée. Les limites de l'identité professionnelle sont officiellement affichées. Au sens d'Ardoino, la posture d'acteur de l'étudiant est confirmée.

Des nouvelles approches thérapeutiques sont retrouvées dans ce décret. Elles restent sous le regard du médecin. Nous en citerons quelques points :

- Art.3 : dans tout son ensemble dont :
 4. Les aspirations rhino-pharyngées ;
 5. La rééducation abdomino-périnéale et la rééducation des sphincters, à l'exclusion des soins post-natals pris en charge par les sages-femmes ;
- Art.4 : Accès comme effecteur d'un examen médical : enregistrement d'un électrocardiogramme. L'analyse reste à la discrétion du médecin ;
- Art.5 : Divers bilans MK et surveillances des appareillages ;
- Art.6 : Prise tension artérielle ;
- Art.7 : Élongations vertébrales mécaniques ;
- Art.8: Implication dans le monde sportif sur l'établissement d'un bilan d'aptitude à une pratique sportive, et surveillance de l'activité sportive au sein d'une structure ;

³⁰⁶ Décrets n° 85-918 du 26/08/1985, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. p.10032-10033.

- Art.9 : il est rappelé que tous les MKs, doivent valider le diplôme de secouriste, et à ce titre peuvent effectuer des gestes de première urgence ;
- Art.10 : Les interactions et la mutualisation, par partage et transervabilité de compétences avec d'autres acteurs du soin, sont avancées. Nous retrouvons une ouverture de champs d'activités hors soin pour mener des actions comme acteur dans :
 - L'éducation thérapeutique,
 - Des formations comme formateur,
 - La prévention (Milieu scolaire, et professionnel),
 - De dépistage de divers troubles
 - L'encadrement de diverses activités (Souvent sportives. Nous retrouvons la présence d'un MK au Paradis Latin, ou à l'Opéra de Paris, sur l'ensemble des points développés ci-dessus)

Dans cet article, il est stipulé la place du MK dans « *le développement de la recherche en rapport avec la massokinésithérapie* ». Retrouvons-nous là l'ouverture des portes de l'université ?

Pour conclure, nous retrouvons une dualité entre une autonomie et une réflexivité proposées aux étudiants MK et la régulation médicale des axes de leur formation initiale. Au sens d'Ardoino³⁰⁷ (2000), la notion d'auteur ne peut être avancée. Il définit différentes postures d'un sujet social. Il précise que la posture : « *est un système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales, selon 3 types de postures Agent/ Acteur/ Auteur.*

- *Sujet agent : exécute uniquement une tâche ;*
- *Sujet acteur : marge de manœuvre et d'initiative, avec des connaissances sur l'outil, ce qui lui permet d'ajouter un début de stratégie sur l'objet ;*
- *Sujet auteur : invente, innove. Se situe à la source du projet. Il est à l'initiative, il décide, responsable, autonome ».*

Nous actons que la posture d'acteur est validée. Il y a bien une évolution de cette dernière, qui modifie l'identité professionnelle en construction. Celle-ci se complexifie en proposant des axes hors « soins ». Cette posture positionne le futur MK comme un des acteurs du monde médical, mais aussi du monde de la santé. Il joue un rôle important dans l'action du « rester en bonne santé ». Pour l'OMS (1946), rester en bonne santé c'est : En 1946, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) a proposé une définition : « *de la **santé physique**, qui dépend de la perception de chaque individu, et l'élargit à ses dimensions psychologiques et sociales. Être en **bonne santé** est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». En 2002, les notions, environnementale et sociétale l'ont complétée. L'identité professionnelle devient plurielle.

Dans les années 80, le même constat qu'au début des années 70, sur les évolutions démographiques, économiques, sociales et culturelles de la population française a amené un accroissement important

³⁰⁷ Ardoino, J.2000. « Les postures ou impostures respectives du chercheur de l'expert et du consultant », dans « *Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir* » Col : Education et formation, Edit : presse Universitaire de France, p.306.

des prises en charge médicale et paramédicale. Les dépenses de santé augmentent. Le nombre de praticiens médicaux et paramédicaux suit la même courbe.

Pour « freiner » les dépenses de soins, un frein est donné sur le nombre de professionnels à former. L'argument avancé est que cette augmentation est liée à celles des prescripteurs et des soignants.

A ce titre le :

- 31 mars 1981, fixe des quotas d'entrée dans les instituts de formation, qui jusque-là étaient libres.

Ce décret³⁰⁸ sera applicable dès la rentrée scolaire du mois de septembre de cette même année.

Pour cette première année de la réforme, seront admis 1868 élèves répartis dans les différentes écoles de l'époque. C'est la région parisienne qui est la plus dotée, avec 789 étudiants, région d'origine des premières écoles, et regroupant le plus d'écoles. La dotation la plus importante, avec 119 élèves, se retrouve dans cette région et concerne une école privée (centre d'enseignement pratique de masso-kinésithérapie, 28 rue d'Assas, Paris). Les écoles attachées au C.H.U, aux C.H.R, et aux hôpitaux sont les moins dotées. Les coûts de la scolarité ont été développés en page 72.

Nous assistons là au début du processus de réingénierie de cette formation initiale. Comme définie Cornet (2001)³⁰⁹ citant Hammer M. et Champy (1993), la réingénierie propose de porter « *le regard sur la réorganisation complète des processus de gestion d'une entreprise, pour améliorer considérablement ses performances en terme de coût, de qualité, de rapidité de réaction, de traitement* ». Au regard des différents progrès de l'ensemble du monde médicocientifique cette définition correspond pleinement aux démarches pour cette formation initiale.

Ce nouveau synopsis de la formation initiale a débuté en 1982. Cela sera aussi un point de départ pour faire un état des lieux des différents IFMK, et des pédagogies déployées dans chaque établissement.

Nous rappelons que nous avons eu de la chance d'avoir le discours d'une des personnes impliquées directement dans l'évolution de la formation initiale de cette époque³¹⁰, et très investie dans la reconnaissance de ce métier. « Je » l'en remercie encore une fois, pour son chaleureux accueil, et pour sa grande disponibilité. Nous citerons quelques extraits :

Lignes 41 à 47 : « [...]et là qu'est-ce qu'on fait la réforme des études de 89, puisque on la commence dès 82, donc on la commence en 82, avec trois autres acteurs importants, monsieur XX, qui était directeur de l'école de « IFMK parisien », qui est décédé, monsieur XXX qui était prof de médecine physique à « Hors Paris », qui est décédé, et monsieur XXXX, le directeur de Grenoble, qui avait déjà des visées universitaires car sa situation était déjà un peu particulière à Grenoble,.. »

³⁰⁸ Annexe n° 11 numerus clausus 1 JO1981, et Annexe n° 41, décret n° 81-290

³⁰⁹ Cornet A., 2001, dans organisations et systèmes de formation, chapitre 4 : « *La formation dans un processus de reengineering : convaincre ou accompagner ?* », Col. Management, Edit. De Boeck Supérieur, 254 p., p.119 à 129,

³¹⁰ Salaün P., M2, M2R soutenu en 2013, à la faculté de partis Descartes, dont le titre est : « *Comment, et par quels moyens, au sein des IFMK (institut de formation des masseurs kinésithérapeutes), la notion de recherche est-elle développée, voir enseignée ? J'ajouterai dans quel but ?* », dirigé par Madame Eliane Rothier-Bautzer, lignes 41 à 47, 56-91

Ligne 56 à 91 : «[...] on ré agrémenté les écoles en 82, et on découvre des poteaux roses extraordinaire qui, si dieu me prête vie, j'écrirais l'histoire ce cette situation, il faut attendre trente ans et c'est fait ou vraiment les écoles de kinési, je ne les connais pas toutes, mais les parisiennes étaient des boites a fric épouvantables, quoi, pas de locaux, pas de profs, quoi, des cours du soir, une surcharge d'étudiants bon voilà enfin, y'avait même une école qui ne connaissait même pas le nom de ces élèves, en tout cas, tout ça se sont des histoires , c'est ancré dans, dans le corpus des écoles pas très brillantes, ces écoles notamment la nôtre, avait quand même près de 750 étudiants, quand même, hun, avec l'ergothérapie, puisque nous avons une école d'ergothérapie, mais l'école que je ne cite pas pour des raisons stratégiques, parisiennes, c'était un bon, donc voilà, schématiquement l'état souhaite remettre de l'ordre elle crée en fait, l'état des conditions de fonctionnement, c'est l'arrêté de 82 , dont j'ai participé, des locaux , des structures, et je me suis battu à l'époque pour qu'il y ait un contrat entre les enseignants et l'école, parce que il n'y avait de contrat, les gens étaient payés à la petite semaine, donc chaque année il fallait fournir à l'état une situation pédagogique et économique schématiquement de l'école, ça c'est une grande avancés, et faut bien le reconnaître, de la gauche, parce qu'avant il n'y en avait pas, bon , on mélangeait un peu tout le monde, les pédicures, les kinés, les profs de gym, , c'était un foutoir, bon la dessus ça a fait un grand remous , donc on regréait toutes les écoles parce que en fait y'en a qui n'ont pas été agréé, mais qu'ils l'ont été après, et on est reparti, en fait avec logiquement, et c'est pas faux , un ré agrément un nouveau programme, un ré agrément qui s'est étalé jusqu'en 80...85, 85 je pense , oui parce que, j'ai été agréé en tant que directeur de l'école, l'arrêté, oui, mon arrêté date de 85, en tant que directeur de l'école de l'hôpital de, de kinési l'école des enfants malades, ce n'est pas récent donc, donc en même temps un programme, un programme traîne pourquoi il traîne, pour, parce que il y a des enjeux économiques et sociaux , d'abord parce que, heu on a des communistes, des socialistes et des gens de droite donc on a trois gouvernements qui se suivent qui chaque fois refond le travail des précédents , et le l'arrêté de 89, de septembre 89 de mémoire, heu a été prévu initialement sur quatre ans d'études, sur quatre de formation on ne parlait pas de la sélection, et le ministère avait été contraint de réduire ces quatre ans sous la pression : un des médecins de médecine physique, qui voyait des concurrents arriver, deux des raisons économiques, les écoles sont payantes, bon, trois des raisons de statut hospitalier, on leur change de statut, bon et puis il y a eu un rapport important , c'est le rapport le Albert, qui est justement près de moi, qui est le rouge, auquel j'ai participé indirectement heu qui avait considéré que la problématique des kinési n'était pas la formation mais était un problème financier, donc , la conclu en exposant : faut les payer plus cher ils seront contents , donc voilà ce qui s'est passé ,c'est la réalité des faits donc, nous revoilà repartis en 89 avec un nouveau programme modulaire, qui met en jeu d'autres acteurs, une structure différente, l'état ne contrôle plus les passages des examens d'année en année, parce que, avant l'état contrôlait les passages heu, une nouvelle structure comme il devrait se passer bientôt , ou dans quelque temps c'est un cycle»

Nous pouvons, par cette longue synthèse, avoir une photographie de cette époque. Elle est peut-être personne dépendante, mais nous ne pouvons pas contester le poids de celle-ci dans le monde de la formation initiale en masso-kinésithérapie, et dans le monde de la massokinésithérapie en général de l'époque. Certaines des propositions avancées se retrouveront dans la réforme de 1989, et d'autres dans celle de 2015. Nous retrouvons aussi dans ces propos la « patte » du monde médical. Il continue sa maîtrise en contrôlant la temporalité du nombre d'années de formation.

Un système modulaire est avancé pour cette formation initiale.

La réforme de 1989 complètera la professionnalisation de cette formation initiale, et directement celle des étudiants. Nous pouvons aussi acter, un changement de posture de ces futurs formés face à ceux en exercices. L'université ouvrira ses portes en 1989 par l'inclusion en PCEM1 des futurs étudiants désirant entrer en IFMK. La formation initiale commence hors les murs des IFMK.

2-4 Première réingénierie de la formation initiale 5 septembre 1989 :

Ou, comment sortir d'une adolescence tumultueuse pour aborder le monde professionnel en toute autonomie

Introduction

Nous la commencerons de nouveau, par le propos de l'acteur³¹¹, cité ci-dessus, un des acteurs de cette réforme. Il est considéré comme un des experts de cette période. À ce jour il est connu et reconnu comme un des derniers experts de la formation initiale :

« *C'est de la folie quoi, et ça n'a pas bougé depuis ce temps-là, heu, pourquoi, parce que l'état ne veut pas recruter avec une année supplémentaire puisque dans la hiérarchie de la formation ce sera compté, donc ils ont trouvé un bon système puisque la première année en ce moment est si elle est imposée en médecine elle ne comptera pas, non si elle comptera que pour ceux qui voudront poursuivre à la fac... ».*

Les étudiants concernés se retrouveront sur la rentrée scolaire en IFMK en 1990.

Lors du second semestre de cette première année de PACES, et pour ceux désirant entrer en IFMK, ou si le classement ne leur propose que cette possibilité, des UE spécifiques sont à valider pour s'inscrire dans un IFMK. Les enseignements apportés le sont par des MK « surdiplômés » (au moins un M2 Recherche). Cela ouvre les premières portes sur les connaissances du métier de MK. L'identité professionnelle est mise en avant, mais hors les murs des IFMK. Les interactions spécifiques au sein de ces établissements ne sont donc pas possibles. L'image de ce métier est formateurs dépendants, avec toutes ces limites.

Nous rappellerons qu'un partenariat est signé entre certaines universités et des IFMK. Il est retrouvé que les formateurs kinés en PACES, sont très souvent formateurs au sein des IFMK signataires du partenariat. C'est par ces premiers contacts universitaires que la construction identitaire des futurs étudiants MK débute pour certains, se poursuit, ou se complète pour d'autres. Nous nous appuyerons sur notre travail de recherche (Salaün, 2020)³¹² : « *La première année de formation initiale en université pour les étudiants en masso-kinésithérapie est bien porteuse d'une identité professionnelle issue d'expériences buissonnières* », et, « *Cette identité professionnelle réapparaît lors de l'entrée en IFMK pour plus de 30 % des étudiants. Elle est enrichie par les apports de connaissances du second semestre de la première année de PACES, et par la découverte du métier de MK lors des portes ouvertes en IFMK, et potentiellement, les différents salons d'étudiants* ».

C'est à ce titre que le :

- 8 septembre 1989 : modification du programme des études. C'est cette même année que commencent les premières expérimentations de PCEM1, portant la formation globale de certains à 4 ans. La première année est donc commune aux filières médicales, et

³¹¹ Ibid. 311, lignes 293-294

³¹² Ibid.256, p.326

l'enseignement proprement dit se fait dans les écoles, qui délivrent un enseignement sur trois ans, commun à tous, et dont le but final est l'obtention du D.E, et ce sur 3 ans.³¹³

Cette réingénierie répond-elle aux attentes du métier, des formateurs et des étudiants ?

Nous nous rapprocherons de nouveau sur des propos de notre « référent expert de cette période » :

« donc en même temps un programme, un programme traîne pourquoi il traîne, pour, parce que il y a des enjeux économiques et sociaux , d'abord parce que, heu on a des communistes, des socialistes et des gens de droite donc on a trois gouvernements qui se suivent qui chaque fois refond le travail des précédents , et le l'arrêté de 89, de septembre 89 de mémoire, heu a été prévu initialement sur quatre ans d'études, sur quatre de formation on ne parlait pas de la sélection, et le ministère avait été contraint de réduire ces quatre ans sous la pression : un des médecins de médecine physique, qui voyait des concurrents arriver, deux des raisons économiques, les écoles sont payantes, bon, trois des raisons de statut hospitalier, on leur change de statut, bon et puis il y a eu un rapport important , c'est le rapport le Albert, qui est justement près de moi, qui est le rouge, auquel j'ai participé indirectement heu qui avait considéré que la problématique des kinési n'était pas la formation mais était un problème financier, donc , la conclu en exposant : faut les payer plus cher ils seront contents , donc voilà ce qui s'est passé ,c'est la réalité des faits donc [...] nous revoilà repartis en 89 avec un nouveau programme modulaire, qui met en jeu d'autres acteurs, une structure différente, l'état ne contrôle plus les passages des examens d'année en année, parce que, avant l'état contrôlait les passages heu, une nouvelle structure comme il devrait se passer bientôt, ou dans quelques temps c'est un cycle »

Comme le laisse entendre ce directeur d'école, le contexte dans lequel a été amenée cette réforme est bien loin des préoccupations des représentants de ce métier. C'est de nouveau le corps médical qui « décide » en fait et place des masseurs-kinésithérapeutes. La méthodologie pédagogique proposée par modules est un vrai changement. Le terme « cycle » employé par notre expert se retrouvera dans la réforme de 2015. Ce terme cycle est une dénomination universitaire. Cela correspondra au profil de la future formation initiale.

On retrouve très peu de changements sur le décret du 5 septembre 1989 par rapport à celui d'avant. Nous retrouvons les mêmes titres dérogatoires³¹⁴ pour l'entrée directe en deuxième année de formation. Nous pouvons acter que les apports de cette première année sont mutualisables avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Un enseignement unique pourrait être proposé. C'est un des piliers du CNU 91.

Les modalités d'obtention du D.E sont modifiées³¹⁵ et remplacées par : « *L'examen en vue du diplôme d'État comporte une épreuve pratique de mise en situation professionnelle. L'organisation et les modalités de cet examen sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Pour pouvoir prétendre à cette épreuve, l'étudiant doit valider l'ensemble des trois années de formation, par des moyennes égales ou supérieures à 10/20. Cette formation initiale, par son examen, se recentre sur la pratique.

³¹³ Annexe n° 12, Décret n°89-633 du 5 septembre 1989, modifiant le décret du 29 mars 1963, relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute.

³¹⁴ Ibid. 314, art.2

³¹⁵ Ibid. 314, art.4

Par l'article premier³¹⁶, la décentralisation de la gestion de cette formation initiale passe de l'État aux régions. Ce que l'on retrouvera sur la réforme de 2015. Cet aménagement peut laisser apparaître des disparités d'enseignements et de validation de celui-ci. Le contenu des programmes est commun à toutes les écoles, mais nous pouvons noter que l'orientation pédagogique est en réalité « directeurs dépendants ».

2-4-1 : le 5 septembre 1989³¹⁷ une formation par modules modulables

La grande « innovation » de cette réforme, c'est un enseignement modulaire.

Mais, qu'est-ce qu'un enseignement modulaire ? Et que propose-t-il d'innovant par rapport à des cours magistraux par matière ?

Chaque module présente un objectif principal et un à deux objectifs secondaires.

Pour Erdogan (2006)³¹⁸, un enseignement modulaire « *prévoit un enseignement en groupe à effectif restreint pour trouver des réponses à certains problèmes pédagogiques que la classe entière, pour des raisons d'effectif et d'hétérogénéité, ne permet pas de traiter* ». Il précise que la posture du formé est modifiée³¹⁹ : « *C'est sur l'acquisition de cette nouvelle posture en mathématiques que va se jouer la réussite ou l'échec de beaucoup d'élèves de la classe de Seconde* ». Nous notons que ce changement peut-être un facilitateur-accelérateur ou un frein dans les apprentissages. Cela engendre aussi une restructuration des locaux et des espaces de travail, une augmentation du nombre de formateurs, un changement de posture de ces derniers, et un changement de posture du formé. Il complète³²⁰ ses propos par : « *l'enseignement modulaire n'inaugure pas un enseignement original mais se propose comme un dispositif mieux adapté à des contraintes pédagogiques* ». Cette réforme répond bien à cette définition. Nous retrouvons une même analyse dans les propos de Latour³²¹ (2019) : « *À la différence de l'approche collective, l'approche modulaire est individualisée. Elle se fonde sur le travail autonome ou en petits groupes d'apprenants avec recours possible à l'enseignant qui agit à titre de tuteur* ». Il confirme aussi ce changement postural du formateur : « *L'enseignant prévoit un soutien individualisé ainsi que des périodes d'évaluation des apprentissages, non pas en fonction d'un calendrier, mais plutôt d'un stade atteint par l'apprenant dans son cheminement* ». Il positionne aussi la posture du formé : « *L'apprenant doit donc faire ses apprentissages à partir de guides méthodologiques ou de séquences d'activités (modules) conçus sous la forme d'un cheminement que l'apprenant parcourt individuellement, à son propre rythme.* », et, « *L'apprenant doit donc organiser son temps efficacement de manière à exploiter au maximum ses capacités de travail, à respecter l'échéance fixée pour chacune des étapes* ». Pour Basque³²² (2011), citant Chamberland, un enseignement modulaire est un : « *Découpage et présentation d'informations réparties en un certain nombre d'unités ou parties, appelées modules, qui forment un tout autonome* » (Chamberland et al.

³¹⁶ Ibid. 314, art.1

³¹⁷ Décret n°89-633 du 5 septembre 1989, Etudes de masso-kinésithérapie. Programme

³¹⁸ Erdogan A., 2006, « Le diagnostic de l'aide à l'étude, en mathématiques. Analyse didactique des difficultés relatives à l'algèbre et aux fonctions en Seconde, Thèse, soutenue le 15/11/2006, Université Paris 7-Denis Diderot, UFR de mathématiques. 630 pages, p.170

³¹⁹ Ibid. 319, p.166, 232 et 254.

³²⁰ Ibid. 319, p.170

³²¹ Latour C., « Approche pédagogique - l'approche modulaire (enseignement individualisé), 1^{er} janvier 2019, Mérici Collégial Privé, dans HRImag, le média des professionnels de la restauration et de l'hébergement. Sous : [Approche pédagogique — l'approche modulaire \(enseignement individualisé\)- HRImag : HOTELS, RESTAURANTS et INSTITUTIONS](#)

³²² Basque J., 2011, professeure Université TELUQ, « Quelques stratégies pédagogiques », p.4

1995). Chaque module inclut un pré-test, des objectifs à atteindre, des activités d'apprentissage et un post-test. L'enseignement modulaire se distingue de l'enseignement programmé par le fait qu'il n'y a pas ici présentation de mini séquences d'informations, ni vérification de la maîtrise de l'apprentissage en cours de démarche ».

Nous pouvons définir l'enseignement modulaire comme suit :

« Un enseignement modulaire cherche à asseoir une certaine souplesse vis-à-vis des programmes institutionnels, et ce en offrant aux enseignants des possibilités diverses d'organisation disciplinaires et interdisciplinaires (réaménagement des plages horaires, organisations des groupes-classes, adaptation des contenus...). Son ambition ultime est de mettre l'élève-étudiant au centre des préoccupations de l'enseignant. Cet enseignement modulaire est intégré à part entière au projet pédagogique annuel de l'institut, qui lui-même est inclus dans le projet pédagogique global des trois années d'études ».

Cette nouvelle approche modulaire « bouscule » différentes postures : celle des apprenants, celle des formateurs, celle des instituts. De cette complexité, les identités personnelles et professionnelles seront modifiées par rapport à la réforme précédente. Cette approche de formation est assimilable à celle proposée par l'université.

- La posture des apprenants

L'apprenant devient le centre, et l'objet de la formation. Il est recherché une autonomie et une réflexivité de ce dernier. Selon le concept d'Ardoino³²³, l'apprenant devient auteur de et dans sa formation. La modification identitaire professionnelle exposée lors de la réforme précédente est affichée officiellement. Cette mutation identitaire ne peut se faire qu'avec une professionnalisation des différents intervenants dans cette formation. Pour appuyer nos propos, nous nous référons sur ceux de Braslavsky³²⁴ (2002) : « *En observant l'intérêt avec lequel les enfants se consacrent aux activités proposées par les modules, qui sont très différentes de celles qu'ils faisaient auparavant, les enseignantes acquièrent une capacité de réflexion sur leur travail, ce qui déclenche un processus de transformation de leurs conceptions de l'enseignement et de l'apprentissage, de leur propre rôle et de ce que les enfants sont capables de faire. Cette influence formatrice nous rappelle les travaux de Luna (1994) qui ont montré que les enfants se constituent en référents du travail pédagogique* ». Cette posture estudiantine est proche de celle retrouvée chez les étudiants. La « construction » identitaire des formés suit ce mouvement. Nous nous questionnons sur les changements de cette formation. Que deviennent les étudiants redoublants face au nouveau programme ? Quelles modifications sont retrouvées dans les pratiques ? Quelles relations sont affichées entre les anciens et nouveaux formés face à la patientèle, face aux autres corps des métiers du soin ? Comment les formateurs se sont-ils « préparés » à cette mutation d'enseignement ? À ce jour aucune étude n'a été retrouvée.

- La posture des formateurs

La posture propre du formateur change. L'adaptation de ce nouveau modèle n'est pas immédiate, ni linéaire et encore moins innée. Elle peut faire apparaître des incompréhensions, des conflits et des

³²³ ibid.72

³²⁴ Braslavsky C., 2002, « *Des enseignants pour le XXIe siècle* », UNESCO, perspectives, Revue trimestrielle d'éducation comparée, n°123, Vol. XXXII, n°3, septembre 2002, p.63

ajustements. Pour Bravalsky³²⁵, « L'analyse effectuée à partir de cette étude donne à penser que les enseignants, confrontés à la nécessité de changer leurs méthodes et n'ayant pas été « convaincus » au préalable des avantages du travail avec les modules, construisent des alternatives aux modèles proposés. Ils recourent entre autres à l'« amalgame » ou la « combinaison de méthodes » pour répondre aux nouveaux impératifs et adapter les méthodes à leurs conditions de travail ». Nous pouvons nous questionner sur la professionnalisation de ces formateurs au regard de ces changements pédagogiques.

Il devient un accompagnateur dans la formation. Pour Paul (2012)³²⁶ qui se questionne sur le terme accompagnateur : « Bien des professionnels se posent la question de « ce qu'accompagner veut dire » au regard de leurs anciennes pratiques de prise en charge et ce que peut bien produire le fait de laisser « toute sa place » à la personne accompagnée. Ce brouillage entraîne avec lui l'inévitable question « jusqu'où ? » Jusqu'où est-il concevable de laisser, à celui qu'on accompagne, « toute sa place » ? Jusqu'où est-il raisonnable de mettre celui qu'on accompagne « au centre du dispositif » ? Jusqu'où est-il supportable de s'engager avec l'autre en lui laissant toute autonomie ? ». Elle en conclut que l'accompagnement « est un espace d'oppositions et de contradictions, d'ambiguïtés et d'ambivalences qui les professionnels qui l'exercent « sous tension » ». Pour Gausse³²⁷ (2019), le terme accompagnateur est remplacé par « passeur ». Elle en définit trois profils : le passeur/chercheur, le passeur/formateur, et le passeur.

- Le passeur/chercheur co-construit sa production scientifique avec des praticiens, qui, grâce à ce travail autour d'objets de recherche communs, développent sur leurs pratiques un regard scientifique ;
- Le passeur/formateur aborde de façon pragmatique les questions vives issues du terrain en s'adossant à la recherche, pour construire des compétences professionnelles efficaces ;
- Le passeur est celui qui développe une approche généraliste des champs de l'éducation. Il a ainsi une vision globale, adossée aux différentes recherches, et une production plutôt de type éditorial. Il est capable de comprendre les enjeux des recherches et ainsi, dans la mesure du possible, de faire des ponts entre des conceptions disparates, voire opposées, des pratiques éducatives.

Paul³²⁸ (2022) complète cette définition par : « Le passeur est celui qui, aidant le sujet à se situer ici et maintenant, à comprendre la situation qu'il doit dépasser, lui permet d'entrevoir le pont (pont du diable ou pont de singe) qu'il sera seul à franchir. Car le passeur ne passe pas. Est passeur celui qui assure les conditions d'une transition (d'une conception à une autre) et d'une transformation »

Lors des entretiens pour notre travail de recherche en M2, l'ensemble des formateurs étaient, soit médecins généralistes ou spécialistes, soit des MK ayant leur D.E et au moins un titre universitaire de niveau M2, et certains un titre de docteur (sciences de l'éducation, biomécanique, etc.).

³²⁵ Ibid. 325, p.63

³²⁶ Paul M., 2012, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », Recherche en soins infirmiers, 2012/3, n°110, p.13-20, Edit : Association de Recherche en soins Infirmiers, p. 14

³²⁷ Gausse M, Gibert A.F, Joubaire C. Rey O., 2017, « Quelles définitions du passeur en éducation ? », Revue française de pédagogie Recherches en éducation 201 | 2017 Recherche, politique et pratiques en éducation : services rendus et questions posées d'un univers à l'autre /2, p.37

³²⁸ Paul M., 2022, « La figure du passeur dans les pratiques d'accompagnements », Dans Les Politiques Sociales 2022/1(N°1-2), pages 31 à 41 Éditions Service social dans le Monde, p.33

- La posture des IFMK

L'ensemble des IFMK sera impacté par cette réforme sur deux points :

- L'adaptation des locaux,
- Le nombre de formateurs formés à cette nouvelle approche,
- la gestion propre aux changements d'approche pédagogique.

De nouveau nous nous rapprocherons des propos³²⁹ (issus d'un entretien) de notre expert de cette réforme.

« je ne les connais pas toutes, mais les parisiennes étaient des boîtes à fic épouvantables, quoi, pas de locaux, pas de profs, quoi, des cours du soir, une surcharge d'étudiants bon voilà enfin, y'avait même une école qui ne connaissait même pas le nom de ces élèves , en tout cas, tout ça se sont des histoires , c'est ancré dans, dans le corpus des écoles pas très brillantes, ces écoles notamment la nôtre, avait quand même près de 750 étudiants »

À ce jour, aucuns travaux n'ont été publiés sur ces trois points. L'orientation de notre recherche n'a pas exploré ces champs.

Conclusion

L'arrivée de cette nouvelle réforme positionne cette formation initiale comme une prérentrée dans le monde universitaire.

Ce changement de posture engendrera une triple interaction sur les différentes identités professionnelles des instituts de formations, des formateurs et des étudiants.

- L'IFMK doit revoir ces méthodologies d'enseignements et d'évaluations ;
- Le formateur, pour Paul³³⁰ (2022), « accompagnant-passeur consent à « travailler à sa propre inutilité » ». Sa posture et son identité en sont perturbées ;
- L'étudiant confirme sa place comme acteur et auteur de sa formation (au sens d'Ardoïno). Il devient auteur dans sa posture de questionnement et de réflexivité face aux apports théoriques et aux mises en situations professionnelles en stage, ou lors d'échanges sur les travaux dirigés entre pairs étudiants.

L'enseignement est donc centré sur l'étudiant. Le travail par petits groupes y est développé. Un travail de préparation est fortement conseillé afin de confronter les recherches faites par l'étudiant, et par rapport aux apports des formateurs.

Mais ce concept d'enseignement peut laisser apparaître des failles³³¹ . Elles sont exprimées par notre « expert ». Nous n'en citerons que les principales :

*« -bon on va rebondir, sur deux ou trois de vos propos, vous me le permettez ? Que pouvez-vous retirer comme points positifs sur la réforme de 89, par rapport aux études ?
-Maintenant ?
-oui*

³²⁹ Entretien Berton, ligne 58 à 61

³³⁰ Ibid. 327,

³³¹ Ibid. 311, ligne 259 à 279, 326 à 328

-alors c'est moi qui l'ai pondu, j'ai, j'ai-je vais en dire que du bien, je ne sais pas, je vais répondre avec le recul, ah bon, (long silence, de réflexion, comme gêné, ne s'attendait pas à la question) qu'est ce qu'on peut dire, est-ce qu'un système modulaire est un bon système de formation c'est ça la question, c'est un système UE, mais c'est la même chose maintenant, sauf que c'est capitalisable et on passe de semestre en semestre heu, ce qui est embêtant dans le système de formation professionnelle, c'est que l'on ne peut pas interroger les gens sur les parties qu'ils ont déjà vues, ça c'est un gros problème, heu une fois qu'ils ont validés les quatre modules d'anatomies enfin etc. ... de première année, c'est terminé c'est bâclé, ensuite il y a deux ans englobés, on fait dans l'histoire, voilà pourquoi c'est tellement pervers, il y avait deux ans qui comprenaient la première étalé sur deux ans et ensuite les deuxièmes et troisièmes année qui étaient regroupées, et c'est actuellement encore comme cela, et la ça nous paraissait logique d'aller s'enfiler, excusez-moi du terme, l'anatomie du rachis, du membre supérieur, inférieur voir du bassin etc. ..en l'espace d'un an c'est pas viable, c'est pas vrai on ne peut pas l'absorber, on ne peut pas c'est trop difficile, c'est long les étudiants viennent, à l'époque, pas que de médecine, tout à fait ça ne change pas grand-chose entre parenthèse maintenant ils ne viennent pas de médecine mais d'un concours qui était initialement pondu en 87, c'est la vingt sixième année, il était fait de physique, chimie, biologie logiquement ça devait passer ce concours pendant l'année de terminale,.. »,

« Bon c'est le monde qui bouge, voilà, moi je ne peux pas dire que ces modulaires m'a, nous a posé des problèmes véritables, et je ne les vois pas maintenant ».

Le contrôle effectif des connaissances acquises semble poser un questionnement à ce formateur. Il s'interroge sur la pérennité de ces savoirs. Des limites sont avancées sur cette nouvelle approche pédagogique. L'identité professionnelle s'imprégnant des acquis en formation initiale semble modifiée. Cette mutation pédagogique a un réel impact sur cette identité, déjà en construction par la PACES, et les images informelles décrites ci-dessus.

Cette réforme est accompagnée d'un véritable changement sur la validation du diplôme. Il se régionalise.

L'organisation des études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'état passe sous le contrôle du préfet de région. Le diplôme d'état, qui était jusqu'alors sous l'égide du ministère de la santé assurant un diplôme national³³² commun, devient régional. Cela peut laisser apparaître des disparités d'enseignements et de validation de ceux-ci. Si le contenu des programmes est commun à tous les IFMK, dans certains instituts il est retrouvé des approches différentes. De notre parcours d'étudiant, une approche ostéopatique était enseignée. Cette dernière approche ne l'était pas dans d'autres IFMK. Un institut du nord de Paris, avait une approche sur la neurologie. Nous pouvons noter que l'orientation pédagogique était en réalité « directeur et équipe pédagogique dépendants »

Ce décret redimensionne les titres requis pour une entrée directe en deuxième année de formation. Des dénominations sont ajoutées dont, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les psychomotriciens, d'autres sont requalifiés comme les pédicures podologues, et d'autres sont retirés comme les psychos rééducateurs. On retrouve à ce niveau, des compétences partagées de la première année de formation en IFMK et des diplômés paramédicaux.

³³² Ibid. 314, Art premier

Nous trouvons de nouvelles modalités concernant l'examen de fin de troisième année pour l'obtention du D.E applicable dès 1992 (3 ans après l'application de ce décret), par l'ajout d'une épreuve pratique de mise en situation professionnelle (MSP).

2-4-2 : le contenu des modules

Nous retrouvons le même découpage d'enseignement que pour la réforme précédente : une première année d'apprentissage des bases théoriques anatomo-physiologiques et pathologiques, l'approche du patient et des différents intervenants autour de celui-ci (La psychologie, la sociologie et les relations thérapeutiques). Cette première année est composée de 4 modules.

I. - PROGRAMME HORAIRE DES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

I.1. Première année

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	TOTAL HORAIRE du module	TOTAL HORAIRE des cours théoriques (*)	TOTAL HORAIRE des travaux dirigés et des travaux pratiques
1	Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur _____	296	256	40
2	Physiologie humaine _____	110	90	20
3	Pathologie, psycho-sociologie _____	100	68	32
4	Masso-kinésithérapie, activités physiques et sportives _____	394	54	340

(*) L'horaire des cours théoriques comprend le temps réservé aux contrôles des connaissances.

Tableau n°2 : programme horaire des enseignements théoriques et pratiques

Les deuxième et troisième années regroupées sur l'acquisition théorique et pratique de toutes les techniques en masso-kinésithérapie sur 12 modules.

I.2. Deuxième et troisième année

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	TOTAL HORAIRE du module	TOTAL HORAIRE des cours théoriques (*)	TOTAL HORAIRE des travaux dirigés et des travaux pratiques
1	Masso-kinésithérapie, technologie	180	85	95
2	Psycho-sociologie, réadaptation	40	25	15
3	Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie	160	60	100
4	Rééducation et réadaptation en neurologie : anatomie et physiologie du système nerveux central	150	80	70
5	Rééducation et réadaptation en rhumatologie	120	70	50
6	Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire	40	30	10
7	Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire : réanimation	60	40	20
8	Kinésithérapie en médecine, gériatrie et chirurgie	40	34	6
9	Pathologie infantile	80	50	30
10	Prévention, promotion de la santé, ergonomie	30	20	10
11	Kinésithérapie et sports	30	20	10
12	Législation, déontologie, gestion	30	30	-

(*) L'horaire des cours théoriques inclut le temps réservé aux contrôles des modules.

Tableau n°3 : programme horaire des enseignements théoriques et pratiques

Nous regarderons les intitulés des matières enseignées sur ces trois années³³³.

a- Première année

L'enseignement proposé sur ces 4 modules totalise 900 heures, réparties en : 468 de cours théoriques, incluant les évaluations ; 432 de travaux dirigés et des travaux pratiques. Nous constatons un « presque » équilibre entre les apports théoriques et les pratiques. Si l'apprentissage des bases reste le cours magistral, la plus grande partie de la pratique est réservée aux apprentissages des gestes en masso-kinésithérapie, sur 340 heures.

1. Module 1.

Les apprentissages ne sont plus des notions, mais « *des connaissances précises et complètes d'anatomies* ». Ce qui nous conforte dans l'orientation proposée sur un apprentissage commun aux différents corps de métiers du monde médical et paramédical, au moins sur la première année de formation initiale. Ce que l'on retrouvera pour ces 4 modules de première année, et dont le niveau est officialisé par les dérogations accordées pour entrer directement en deuxième année. Le niveau demandé est de niveau universitaire. Nous pouvons nous questionner sur : « la pertinence de ce module 1 ». Les compétences acquises avant l'entrée en IFMK validant l'entrée sont-elles des prérequis pour l'entrée en première année ou l'entrée directe en deuxième année ?

Il est fait mention sur les travaux dirigés, une approche comparative et manuelle (étude palpatoire). La découverte du corps n'est plus que théorique. Cette approche « manuelle » sur un corps sain sera le début précoce de la préprofessionnalisation de

³³³ Ibid. 318

l'étudiant. Pour Guyet³³⁴ (2016), cela éviterait « *l'entrée brutale* » dans le métier lors du premier stage.

2. Module 2.

Il repose sur les mêmes modalités d'enseignement que le module 1. C'est l'ensemble des autres grandes fonctions qui y sont développées. L'approche pédagogique inclut la première unité du corps humain : la cellule. Cette approche est une nouveauté. Elle était réservée au corps médical, comme enseignement universitaire. Un vocabulaire commun médical est avancé. Cela enrichira la préprofessionnalisation de ces étudiants.

3. Module 3,

Ce module est une véritable innovation/révolution. C'est l'approche holistique du patient qui est proposée. Celui-ci se retrouve comme point central du regard porté par l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge. Les relations pathologie/psychologie seront développées et évaluées régulièrement, autant sur le dialogue avec le patient que sur celui avec les différents intervenants. Le patient est bien au centre de ce dispositif et non plus sa pathologie. Une place importante est ouverte à une approche pédagogique concernant les relations entre le MK et l'étudiant (stagiaire), entre eux et face aux patients lors des stages. Une approche identique est proposée sur une prise de conscience en sociologie sur la place occupée par le MK, l'étudiant, le patient face à la pathologie, et toutes les interactions qui en découlent.

Ce module est une nouveauté dans l'organisation du contenu de la formation, par l'entrée des sciences sociales, des sciences de l'éducation, de l'éducation thérapeutique. Ces matières, provenant du cursus universitaire, amènent les connaissances du thérapeute sur d'autres champs hors médicaux. Cet enseignement est-il un pied dans la porte pour que les études se retrouvent à l'université ?

4. Module 4

Il est le catalogue des approches thérapeutiques kinésithérapiques. Cela couvre l'ensemble des interventions et des concepts proposés. L'approche par bilans du malade et non de la pathologie qui y est développée. C'est « *l'apprentissage des gestes et capacités en massokinésithérapie* » que devra s'approprier l'étudiant pour pouvoir les exécuter « *correctement* ». Il est fait aussi mention de la posture propre du MK sur l'ensemble du parcours de soin. Le MK n'est plus une identité unique, mais incluse dans une « communauté ». L'identité professionnelle naissante, pour l'étudiant, en est modifiée. Elle est « groupe dépendant » dans le corps de métier des MK et celui de la communauté médicale. Une dualité cognitive est avancée et questionne la place des futurs MK. Pour Fray³³⁵ (2010), « *une personne construit son identité sur la base de son éducation et de sa formation initiale* ». Nous pouvons constater que cette construction identitaire n'est pas qu'une simple dualité, mais

³³⁴ Guyet D., Fausser C., 2016, « L'étudiant en formation initiale en masso-kinésithérapie et son premier stage : « une adolescence professionnelle ? », Kinésithérapie Scientifique, 2016, 0578 :35-40-10/07/2016, p.40

³³⁵ Ibid.262, p.78

bien une complexité ambivalente, qui sera majorée par « l'entrée brutale » de l'étudiant MK sur le lieu d'exercice de sa pratique professionnelle.

Nous ne retrouvons le terme « notion³³⁶ » que 3 fois sur cette première année. La compétence exposée (Manutention des malades. Prévention des troubles de décubitus. Notions de base des soins courants) est très souvent détachée aux infirmières ou aux aides soignantes.

Le massage est mentionné en 6.1-4 et en page 8.2.

Une articulation est proposée avec le cycle suivant (Cycle 2) sur t'item 9.

Cette formation « scolaire » est complétée par des stages cliniques³³⁷.

- en milieu hospitalier, sur 60 heures, ou l'étudiant sera au contact de la réalité des soins ;
- en milieu libéral, sur 10 heures. Si ce stage en milieu libéral est une grande première, on peut se questionner sur le choix des cabinets. Le MK libéral recevant l'étudiant est-il formé pour le recevoir ? Comment sont évalués les étudiants ? Quelles sont les relations entre ces MK et les IFMK ?

Une relation est faite entre les intitulés des apports théoriques et ceux retrouvés en stage. Dans les objectifs de ces stages, c'est le regard posé par l'étudiant qui est mis en avant sur l'ensemble des interactions entre le patient, le MK et le stagiaire. L'approche thérapeutique via la pratique n'est pas recherchée sur cette première année. Elle le sera sur les deux années suivantes. L'évaluation et la validation de ces deux stages participent au passage en seconde année.

Les modalités de passage en seconde année³³⁸ reposeront sur la validation de l'ensemble de ces quatre modules, et les parcours des stages avec une moyenne de 10 sur 20. Le redoublement est conditionné à une note plancher 5 sur 20. Un examen de rattrapage en fin d'année sera proposé. L'étudiant qui aura une note inférieure à 5 sur 20 sera exclu de la formation.

Module	Nom du module	Nombre minimum d'évaluation des connaissances
1	Anatomie, morphologie et biomécanique de l'appareil locomoteur	3
2	Physiologie humaine	2
3	Pathologie, psychopathologie	4
4	Masso-kinésithérapie, activités physiques et sportives	4

Tableau n°4 : Les évaluations des modules de première année

³³⁶ Ibid. 318, p.4.3 : « notion d'anthropométrie » ; p.4: « notions spécifiques de mécanique », p.8, 8 : « notions de base de soins courants »,

³³⁷ Ibid. 318, p.22

³³⁸ Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. [Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

Nous retrouvons une dotation horaire identique, pour ce stage d'initiation (hospitalier), par rapport au décret précédent. Le « bonus » de cette réforme est l'accès sur le monde libéral dès la première année.

Avec 49 heures de moins d'enseignement de cours théoriques, le programme reste identique sur tous les points par rapport au programme de 1969. Mais en regardant de plus près, ce sont les 44 heures de gymnastique individuelle qui ont été supprimées, ce qui ramène à 909 heures de cours pour la réforme de 1969. Nous avons donc un enseignement en temps identique (9 heures). C'est bien la forme d'enseignement qui change et non le fond. Le « physique » du professionnel n'est plus dépendant du métier.

Le massage est « définitivement » relayé comme une simple approche thérapeutique.

L'apprentissage ne repose plus sur de simples notions, mais bien sur un référentiel complet médical.

Nous trouvons là, la fin d'un modèle d'enseignement, qui se rapprochait du Modèle Behavioriste, où l'apprentissage est une modification du comportement consécutive à des récompenses verbales ou autres (Travaux de Skinner), pour un apprentissage prenant le modèle socioconstructiviste (Travaux de Vygotski) qui favorise un apprentissage comme fait social. Les activités réalisées en collaboration et l'initiation des pairs favorisent le développement cognitif et donc la conceptualisation et l'appropriation de la tâche à développer. Cette approche pédagogique est un des piliers de l'enseignement universitaire. Les évaluations évoluent passant d'évaluations diagnostiques (au sens de, De Robertis³³⁹ (2018)) à des évaluations sommatives. Cette méthodologie d'évaluation est un des piliers du « contrôle » scolaire mondial. Pour l'UNESCO, citant Bernard³⁴⁰ (2012) : l'évaluation sommative : « *Evaluation des acquis des élèves réalisée dans tout le système éducatif ou dans les écoles à la fin d'une ou de plusieurs étapes de cursus scolaire et destinée à mesurer dans quelle mesure les élèves ont atteint les objectifs visés* ».

b- Les deuxième et troisième années

Le « cycle » suivant est réparti sur les deux dernières³⁴¹ années et comporte 12 modules, pour un enseignement de 960 heures, dont 416 heures consacrées aux travaux dirigés et travaux pratiques, ce qui fait 544 heures de cours théoriques. Ces 12 modules correspondent, par leurs titres, aux différents terrains d'intervention de la masso-kinésithérapie, et des masseurs kinésithérapeutes.

Le différentiel en heures de cours est positif pour cette réforme, par rapport à celle de 1969, de 62 heures. Pour la réforme de 1969, 762 heures étaient consacrées aux cours, nous notons qu'avec 416 heures, pour cette réforme, ce sont 346 heures qui sont directement attribuées aux travaux dirigés et travaux pratiques. Ces enseignements sont complétés par des stages cliniques.

³³⁹ De Robertis C., 2018, « Chapitre 5. L'évaluation diagnostique » dans *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Collection : Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP, 300 pages, p.113-132, p.114

³⁴⁰ Bernard J., 2012, « *L'apprentissage compte : examen des méthodes permettant de comprendre d'évaluer et d'améliorer la qualité de l'éducation pour tous* », Code document, ED.2010/WS/21, Type de document : document de programme et de réunion, 73 pages, p.72 téléchargeable sous : [L'Apprentissage compte: examen des méthodes permettant de comprendre d'évaluer et d'améliorer la qualité de l'éducation pour tous - UNESCO Bibliothèque Numérique](#)

³⁴¹ Ibid.318, p.8

1- Les Modules

L'ensemble des modules balaye les savoirs, savoir-faire et compétences attendus du métier de masseur kinésithérapeute. L'objectif principal est de poursuivre et de compléter les apprentissages théoriques pour affiner les gestes professionnels. Un des objectifs secondaires est de décrire la, et les places des MK dans les différentes communautés où ils seront présents.

Les approches du Mk dans les communautés médicale, syndicale sont développées, ainsi que les diverses interactions professionnelles (Déontologie, réglementation, gestion de structure, gestion de cabinet). Dans le module 10, une nouvelle approche est proposée par : prévention, promotion de santé. Les objectifs des interventions des MK s'élargissent. Le MK n'est plus un simple exécutant d'approches thérapeutiques médicales et paramédicales, mais un acteur en amont sur la promotion de la santé. Dans le module 11, on retrouve cette même approche d'autonomie sur des nouveaux champs d'action des MK décrits dans le J.O du 30 août 1985, pour le décret n°85-918, Art.8, et 9. Par l'appropriation « *aux tests d'aptitudes et de surveillance, au traitement et aux premiers soins des sportifs* ». Nous retrouvons là, une première autonomie de décision et d'action. Le MK formé peut agir en première intention, sans l'aval d'un médecin, tout en restant dans ces domaines de compétences. C'est une véritable innovation pour ce métier.

Art.8 : « En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute peut, en tant qu'auxiliaire du médecin et dans les limites de sa compétence, participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et à la surveillance de l'entraînement ».

Extrait Art. 9 ; « En cas d'urgence et d'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.... ».

Les connaissances et les compétences développées dans ce module, par le MK, sont mises à disposition souvent pour les clubs sportifs, hors centre de soin, ou d'un cabinet. Il n'est pas rare d'entendre à la télévision, lors de retransmission d'exploits sportifs (tennis : Roland Garros, football, rugby, etc.), la demande d'intervention en direct « du kiné ». Ces images participent à la « fabrique » d'une identité professionnelle informelle de ce métier.

Le massage n'est retrouvé que dans le module 1-2. Il est rappelé les limites de cette technique. Ce positionnement acterait-il la « fin » de son inclusion sur la dénomination du nom du métier : Masseur-Kinésithérapeute ?

Le terme « notion » est retrouvé :

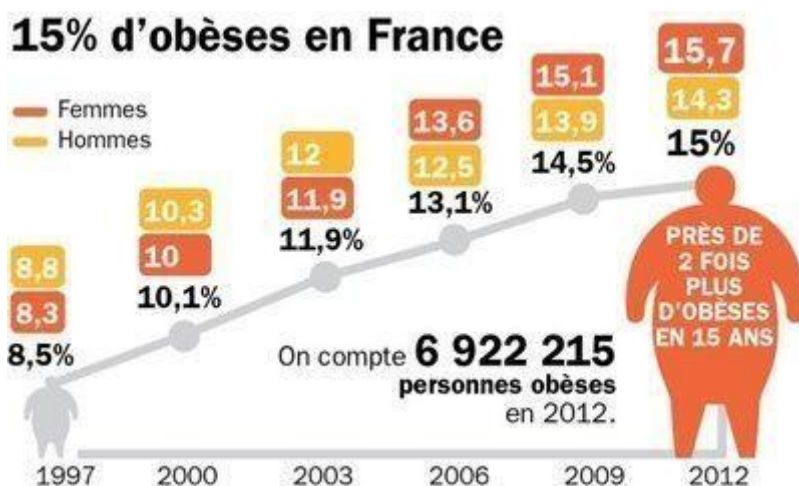
- module 4-II-A. (Notions relatives à l'histologie). Cette notion reste du domaine médical, mais est une avancée dans les connaissances théoriques pour le MK :
- module 8-A ; (Médecine : les obésités (notions sur la diététique et les régimes alimentaires)).

Ces deux approches par notions sont des outils de compétences du monde médical non mutualisables avec le monde paramédical.

Par le module 8, une anticipation est faite sur l'avenir « corporel » du citoyen. Le surpoids et l'obésité deviennent une vraie préoccupation de santé publique. De Saint Pol³⁴² (2013), « *si la corpulence a fortement augmenté en France depuis les années 1980, avec une accélération depuis les années*

³⁴² De Saint Pol T., 2013, « *normes et inégalités sociales* », Le Journal des psychologues, 2013/8 (n°311), p.19 à 22), p.21

1990, cette évolution n'a pas touché également tous les groupes sociaux ». L'arrivée dans cette formation des différents modules sur l'identité propre du patient ne s'attache pas qu'à la personne « pathologique », mais bien à la personne elle-même. Ce changement corporel peut être un frein pour les prises en charge médicale et paramédicale. Des pathologies annexes peuvent être engendrées et complexifier une prise en charge (ex : le diabète de type 2). La prise en charge se complexifie, et est pluridisciplinaire. Pour De Saint Pol (2013)³⁴³, « L'obésité requiert la pluridisciplinarité et tisse des liens étroits entre des disciplines qui n'ont pas toujours l'habitude de dialoguer ». Par cette prise qui en devient transversale, le futur MK devient un des acteurs de la prévention en santé, et complétera l'éducation thérapeutique apportée aux patients. C'est un véritable changement de posture des futurs MK. L'identité professionnelle propre du MK évolue. Il devient un des acteurs sociaux autour de la personne, et non plus qu'un simple acteur thérapeutique médical. Le champ des compétences s'ouvre sur d'autres approches.



Cette courbe corrobore les propos. L'anticipation d'une forte croissance a bien été retrouvée sur cette période. Pour l'OMS (2020), l'obésité devient une pandémie.

Schéma n°1 : courbe de progression de l'obésité en

Ce qui pourrait apparaître anodin dans cette approche est en réalité un véritable changement du monde médical et paramédical dans les perspectives et les prévisions de l'état de santé d'une population. Cela complexifie l'image du métier de MK, et directement sa représentation identitaire professionnelle.

Nous pouvons nous questionner sur la posture des formateurs, et des tuteurs de stages. Comment ont-ils anticipé ces nouvelles approches ? Comment sont-ils en capacité de les évaluer ? Et d'évaluer les étudiants ? Ces domaines n'ont pas été explorés dans notre recherche.

³⁴³ Ibid. 341, p.19

3- Les stages cliniques

Les stages cliniques sont répartis sur les deux années. Ce sont 1280 heures que doivent valider les étudiants.

Nature des stages	Lieux	Nombre d'heures
Electrothérapie, Physiothérapie, évaluation du malade	Hôpitaux	120
Chirurgie adulte		120
Chirurgie infantile		120
Médecine générale, Rhumatologie, Gériatrie		120
Neurologie		120
Cardio-vasculaire et Respiratoire		120
Rééducation des incontinences		30
Stages optionnels : Neurochirurgie, Chirurgie spécialisée, réanimation		120
1 ^{er} Stage Hospitalier plein temps		195
2 ^{ème} Stage Hospitalier plein temps		195
Stage libéral chez un masseur-kinésithérapeute	Ville	20

Tableau n°5 : heures de stage des 2^{ième} et 3^{ième} année

Ces stages recouvrent l'ensemble des champs théoriques apportés lors des différents apprentissages en IFMK.

Nous notons de nouveaux axes par rapport à la formation précédente.

- L'approche de la rééducation pour les incontinences de toutes origines. C'est une innovation pour ces MK ;
- L'application des techniques non manuelles, dont l'électrothérapie et la physiothérapie au sens large du terme (toutes techniques apportées par un appareil pouvant aller des ultrasons à la balnéothérapie), et d'en évaluer l'impact sur le patient. L'évaluation est une nouveauté ;
Pour la France, le terme physiothérapie est une terminologie d'une pratique. Nous rappelons que le métier de MK est internationalement nommé : Physiothérapie ou Physiothérapeute. À ce jour, le débat reste ouvert pour le changement de nom du métier de MK en France pour se rapprocher de Physiothérapeute ;
- Des stages qui restent optionnels dans des domaines de grandes spécificités, dont la neurochirurgie, et la réanimation, et des services de chirurgies générales. La dotation consacrée est de deux fois 195 heures. Pourquoi le législateur a laissé ces stages comme stages optionnels ? Comment les étudiants se sont-ils appropriés ces stages ?
- Le stage en secteur extrahospitalier voit sa dotation horaire doublée, soit 20 heures, avec les mêmes remarques que pour la première année.

Les évaluations

Les modules et les stages seront évalués régulièrement. La validation du D.E inclura ces évaluations.

Les règles de validation de ces modules sont similaires à celles décrites pour la première année.

Module	Nom du module	Nombre minimum d'évaluation des connaissances
1	Masso-kinésithérapie, technologie	3
2	Psychologie, sociologie et réadaptation	1
3	Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie	3
4	Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central	2
5	Rééducation et réadaptation en rhumatologie	2
6	Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire	1
7	Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoires, réanimation	1
8	kinésithérapie et médecine, chirurgie et gériatrie	1
9	Pathologies infantiles	1
10	Prévention, promotion de la santé et ergonomie	1
11	Kinésithérapie et sport	1
12	Législation, déontologie et gestion	1

Tableau n°6 : évaluations des modules des 2^{ème} et 3^{ème} année

c- Conclusion

Cette réforme est un véritable changement complexe d'approches pédagogiques, d'organisations, de gestion et de validations. Nous rappelons la place et le rôle importants et décisionnaires du directeur d'IFMK. Le statut apporté par le décret du 20 mai 1968 (déjà exposé ci-dessus) n'est pas modifié, et de nombreux IFMK sont dirigés par des MK. Par la posture de ces derniers, souvent surdiplômés, une autonomie plus large y est retrouvée, et impulsée.

Le législateur par la publication de lois, décrets ou annexes améliorera cette formation. Les instances régulant la profession (Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, syndicats, HAS, etc.) y contribueront aussi. Nous donnerons un regard sur les textes, qui réglementent les études en massokinésithérapie, ses applications et ses pratiques.

Nous noterons que la quantité de texte proposé est considérable, nous n'en retiendrons que les plus importants. Ces propos sont confirmés sur le site du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK) en page d'accueil du module législation :

« Le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a choisi de développer sur son site internet une page destinée à recenser les textes législatifs et règlementaires relatifs à la profession. L'inflation des textes, relevés maintes fois, notamment par le conseil d'État dans son rapport annuel, rend de plus en plus complexe la compréhension et la connaissance du droit ».

Mais, cette abondance de textes d'état (orientée par le monde médical)³⁴⁴ est-elle un signe d'une régulation et d'un contrôle de l'état sur le métier de MK, sans y laisser une place à une quelconque liberté d'autonomie. Nous remarquons que la plupart de ces textes se font avec l'avis de HCPPM³⁴⁵, mais la décision finale reste du ressort des politiques. Nous noterons qu'il existe une discordance entre les discours ordinaires, syndicaux et l'état. Les premiers militants pour une reconnaissance du D.E au niveau du master 1³⁴⁶ et une universitarisation des études et l'État confirmant le niveau du D.E au grade licence, interpellent et notent ces dysfonctionnements. Dans la réponse apportée, une réflexion sur un investissement de modification de cette formation initiale, qui devrait aboutir à une reconnaissance universitaire de grade Master 2. Cela se retrouvera sur la dernière réingénierie de 2015.

Nous noterons ici, que l'instance ordinaire se pose sur le terme « profession » et non « métier » pour définir cette activité qui ne reste qu'au niveau grade licence. La réponse apportée propose : « métier ». Ce choix délibéré fait donc entrer cet art dans le cercle fermé « des professions » décrit par E. HUGHES :

« La profession est une activité qui nécessite de hautes qualifications, des études longues, mais qui a également été l'objet d'un travail intense, de la part des individus de la profession définie. »

Comment interpréter ce positionnement, qui ne peut s'appuyer sur la longueur des études. Un positionnement politique ordinal est donc confirmé. Cette confrontation entre les représentants de la profession et l'État n'est pas une première, et est indépendante de la couleur politique élue (Origine du métier en 1946).

Nous pouvons admettre que ces nombreux textes concernant la formation initiale et les obligations post D.E sont incorporés régulièrement dans le programme de formation dispensé dans les IFMK. Nous pouvons classer ces textes en deux groupes. Le premier concernait la vie étudiante, le second, la vie professionnelle.

- La vie étudiante

Elle commence dès la classe de terminale. Le futur étudiant devra faire un choix sur son orientation. Provenant du milieu scolaire classique (terminale), ce futur étudiant en masso-kinésithérapie devra passer soit :

- Par le concours PCEM1 (cursus universitaire en première année de médecine) et, après validation de celui-ci et en fonction de son classement, il sera admis dans les écoles affiliées à ce mode de recrutement ;
- Par un concours dans l'IFMK choisi. Il est fortement conseillé aux étudiants provenant directement du BAC, de faire une année préparatoire (souvent attachée à l'IFMK de formation), pour avoir une chance de réussir le concours d'entrée. Ce concours est école dépendante dans le

³⁴⁴ Annexe n°13 courrier réponses au Président du CNOMK, 27/10/2011, 3^{ème} § : « ces métiers, exercés en complément avec les médecins »

³⁴⁵ HCPPM : haut conseil des professions paramédicales, crée en 2007, qui remplace le CSPP (Conseil Supérieur des professions paramédicales) créé par le décret n°72-901, du 14/09/1973,

³⁴⁶ Ibid. 345, courrier réponses au Président du CNOMK, 27/10/2011

fond, mais pas dans a forme. Il s'appuie sur une réglementation, dont la dernière mise à jour était :

- Arrêté du 21 décembre 2012 du concours d'entrées en IFMK « Le programme des épreuves de biologie, de physique et de chimie mentionnées (BPC) à l'article 7 est déterminé sur la base du programme des sciences de la vie et de la Terre et de physique-chimie des classes de première et de terminale, série scientifique, fixé par arrêtés du 21 juillet 2010 et du 12 juillet 2011, publiés au *Bulletin officiel* spécial no 9, du 30 septembre 2010 et no 8 du 13 octobre 2011 du ministère en chargé de l'éducation nationale. Ce mode de sélection prendra fin pour la rentrée de septembre 2016.
- Il existe des dérogations qui permettent de ne pas passer ce concours. Elles concernent :
 - 1) les sportifs de haut niveau, par le :

Décret n° 2012-979, du 26 août 2012 relatif à la création d'une commission d'admission des sportifs de haut niveau et aux dispenses d'épreuves accordées aux sportifs de haut niveau pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie, en pédicurie-podologie, en ergothérapie et en psychomotricité.
 - 2) Les étudiants provenant de certaines filières universitaires attachées à :

Arrêté du 12 mai 2011 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie Médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

Extrait Art.1^{er} « A titre expérimental....cet arrêté peut admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute....sélectionnés à partir des résultats obtenus lors de la validation des unités d'enseignement de la formation délivrée au cours de la première année commune aux études de santé ou au cours des deux premiers semestres de licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ou de licence en Sciences de la Vie et de la Terre (SVT).
- Arrêté du 14 juin 2013 fixant le nombre d'étudiants admis en première année de formation en masso-kinésithérapie est fixé à 2560 places. 10 places sont réservées aux sportifs de haut niveau au sein de l'IFMK de Saint Maurice (94), et 20 places dans les autres instituts de formation.

Le nombre d'étudiants n'augmente que par la création de nouveaux IFMK. Les instituts de formation en masso-kinésithérapie pour déficients visuels ne sont pas concernés par le présent arrêté. Ces derniers devant se rapprocher de l'arrêté du 21 12 2012 (JO, NOR : afsh1243309a) fixant les conditions d'admission au sein des quatre instituts spécialisés.
- Décret du 23 mai 2011, n° 2011-565, allonge le temps du stage d'initiation, passant de 60 à 70 heures, et est redéfini le parcours de stage clinique comme suit : Les terrains de stage doivent être agréés. Le parcours de stage des deuxième et troisième années est de 1400 heures (40 semaines), 30 % au maximum de ces heures sont dévolues à la réalisation de travaux personnels écrits et de travaux dirigés en lien avec les stages. Dont la finalité se retrouve lors du passage du D.E.

Le D.E est réglementé par l'arrêté et modifié par le décret n°93-1037 du 30 août 1993 puis par l'Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute qui définit les modalités des études et d'obtention du diplôme d'état.

L'obtention se fait par la validation de tous les modules des 3 années d'études, tant en théorie qu'en pratique, puis par l'écriture et la soutenance d'un mémoire :

► « Art. 14. – Au cours du parcours de stage, l'étudiant doit réaliser un travail écrit de trente pages dactylographiées maximum se référant à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique, dont le sujet a été covalidé par le directeur de mémoire de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et le référent de stage tuteur, à l'issue d'une expérience de son parcours de stage. Sa direction est assurée par le cadre de santé enseignant à l'institut de formation en masso-kinésithérapie, directeur de mémoire. »

Ce travail écrit est intitulé : Mémoire initiation recherche. L'attendu est de préparer l'étudiant à la rédaction de travaux universitaires, s'il continue sa formation post D.E. Par la compréhension de cette méthodologie d'écriture, la lecture d'articles scientifiques devrait être moins complexe. C'est un prérequis pour entrer en M1.

- 2 juin 2008, décret 2008-517 officialise la suppression des MSP.
Comme nous le constatons, le D.E ne repose plus que sur un contrôle des connaissances et un travail écrit. L'évaluation de la pratique ne se retrouve que dans les validations modulaires.
- La vie professionnelle

Après avoir accompli l'ensemble des démarches administratives pour valider et enregistrer le D.E, et le futur choix d'activité post D.E, l'activité sera régulée par de nombreux textes. Nous ne citerons que les principaux. Ils sont communs que l'on soit salarié ou libéral. L'activité salariale est complétée par le droit du travail.

- Le 8 octobre 1996 : création du Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK). Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute puis a été repris dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) le 4 octobre 2000. Il est obligatoire d'établir une fiche synthétique du bilan initial, intermédiaire et final le cas échéant. Le bilan est obligatoire mais il n'est pas normalisé. Les éléments relatifs au bilan initial doivent être tenus à la disposition du contrôle médical. À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

Ce BDK entre dans la nomenclature. Le temps passé pour sa rédaction est codifiable. C'est un acte professionnel, facturable et remboursable. C'est l'équivalent de la prescription médicale. Dans ce document, les buts et objectifs et l'ensemble de l'approche thérapeutique y sont détaillés.

- Le 22 février 2000 : JOR n°53 du 3 mars 2000. : Suppression des notions quantitative et qualitative sur la prescription médicale d'indication de massokinésithérapie.
Le premier décret, datant de 1962, avait été modifié en 1996 sur le libre choix des méthodes et techniques proposées par le MK. Cette autonomie d'action est complétée et élargie sur les nouvelles compétences acquises, soit en formation initiale, soit en formation continue. Ces modifications complètent la structuration de l'identité professionnelle des étudiants comme des professionnels.

- Le 27 juin 2000 : Le décret n° 2000-577, confirmant le libre choix des actes et des techniques à proposer au patient dans l'exécution du traitement, au regard du BDK, et un droit de prescription, limité, conforme à : L'arrêté du 9 janvier 2006, publié au JO le 13 janvier 2006.
Ce libre choix complète l'autonomie du professionnel.
- Le 27 juin 2000 : Décret n°2000-577, modifiant le décret 96-879 du 8/10/1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
« Le MK communique au médecin toutes informations en sa possession susceptibles de lui être utiles pour l'établissement du diagnostic médical ou de l'adaptation du traitement ». L'expertise clinique du MK est reconnue. Elle repose sur ses compétences, reconnues par le corps médical.
- Mars 2002 : la loi no 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée (article 71) un conseil des professions d'infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Cette même loi (article 75) reconnaît le titre d'ostéopathe. Elle crée également (article 48) le droit de prescription pour les MK ; mais il faudra attendre l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.
Le MK s'émancipe du corps médical. L'autonomie de prescription est reconnue institutionnellement. Ce droit de prescription est un des critères entrant dans la définition du terme profession (Au sens de Freidson). L'autonomie professionnelle s'en enrichit. L'identité professionnelle s'approprie cette nouvelle liberté.
- Le 9 août 2004 : La loi n°2004-806 a porté la création de l'Ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes. Le décret d'application a été publié au Journal officiel le 9 mars 2006 : décret n°2006-270 du 7 mars 2006.
L'autorégulation de ce métier est aussi un des critères décrits par Freidson pour définir l'activité comme une activité d'une profession. L'identité professionnelle s'étoffe.
- Le 5 novembre 2008 : JORF n°0258 du 5 novembre 2008. Texte n°34 décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes
Ce code de déontologie complète la professionnalisation et l'autonomie de ce métier.
- Le 26 février 2012 : l'arrêté du 26 février 2013, concernant l'orientation du Développement Professionnel Continu (DPC) :
- Vu l'avis de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 31 janvier 2013 ; Considérant les objectifs du développement professionnel continu qui comprennent l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ; Considérant les actions figurant dans les conventions et accords organisant les rapports entre les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et l'assurance maladie ; Considérant le pacte « Territoires Santé » pour lutter contre les déserts médicaux lancé le 13 décembre 2012 ; Considérant la stratégie nationale de santé lancée le 8 février 2013.....

La formation continue tout au long de l'activité permet aux professionnels de rester au plus prêt des avancées de la recherche, des aménagements législatifs régulant le métier.

- Le 14 juin 2013 : Arrêté fixant au titre de l'année scolaire 2013-2014 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. JOE 20130620_0013

Les étudiants entrant en étude cette année seront concernés par la réforme suivante (2015). Comment valider un redoublement en 3^{ème} sur une formation initiale différente ? Les étudiants concernés n'étant pas évalués par compétences. Nous nous posons la question du tutorat entre étudiants de 3^{ème} année et ceux de 1^{ère} année, instauré dans les IFMK. L'approche pédagogique des instituts n'est plus identique.

Ces axes n'ont pas été explorés par notre recherche.

- L'avenir

Cette nouvelle réforme est un véritable pas en avant pour le métier de masseur kinésithérapeute. Un processus de professionnalisation est mis en œuvre. Le début du processus d'universitarisation est officialisé.

L'ensemble des acteurs se mobilisent pour faire entrer ce métier dans le domaine de la recherche et dans le monde universitaire. Ils posent les premières pierres de la réforme de 2015. De nombreux critères sont retrouvés sur un début d'universitarisation de cette formation initiale (Mémoire recherche, méthode de travail, autonomie et réflexivité des étudiants, formateurs diplômés universitaires (au moins M2), autonomie des instituts). Mais nous ne trouvons pas de place à une professionnalisation (même débutante) de l'université. Le métier de MK reste sous la dominance médicale. Le droit d'exercer l'art de la massokinésithérapie reste adossé à la prescription médicale. Le MK formé reste dépendant du regard médical. L'autonomie de prescription est très encadrée.

Nous constatons que cette formation s'adapte tout au long des années aux différentes avancées des recherches médicales et technologiques.

L'ensemble des décrets ouvre des portes sur une plus grande autonomie de pratiques, d'autonomie, de réflexion et de réflexivité, pour les formés et les formateurs. La triple injonction d'être une formation initiale à la française, à jour de compétences et incluse dans la physiothérapie mondiale reste un point en pleine adolescence. Pour 2016³⁴⁷ (), « *l'adolescence professionnelle semble se dérouler lors de la deuxième année de formation qui est aussi l'année de rencontre avec la pathologie et avec les stages pratiques en milieu professionnel* ». Nous retrouvons, par cette formation initiale, l'institutionnalisation du raisonnement clinique kinésithérapique. Pour Perez-Roux³⁴⁸ (2019), « *les formateurs soulignent les apports de la réforme en ce qui concerne « la démarche réflexive avec les étudiants » et « l'approche par projet », que ces évolutions attendues par le législateur, viennent bousculer les façons de faire antérieures* ». La crise d'adolescence n'est pas réservée qu'aux étudiants. Cette réforme bouscule les modes de fonctionnement des formateurs. Perez-Roux³⁴⁹ complète ces propos sur les formateurs par : « *Dans tous les cas se pose, à terme, la question de la professionnalisation des formateurs et, en même temps, celle de leur niveau de qualification pour*

³⁴⁷ Ibid.335, p.37

³⁴⁸ Ibid.4, p.95

³⁴⁹ Ibid.4, p.96

entrer dans un processus d'universitarisation qui, à la fois, les séduit et les inquiète ». Nous constatons que ce sont les formés-formateurs qui sont les plus déstabilisés. Et nous arrivons à un paradoxe. Ce sont les étudiants qui « forment » les formateurs. Guyet³⁵⁰ (2020) dans son article « *raisonnement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie : quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former* » démontre la place instable des formateurs non préparés pour la réforme de 2015. Nous retrouvons, dans nos entretiens de notre M2, les mêmes remarques.

C'est sur cette époque que se fondent les bases pour une reconnaissance de cette pratique professionnelle comme profession et non métier. Mais, c'est sur l'autonomie totale que cette dénomination ne peut correspondre à celle de profession.

L'identité professionnelle des futurs MK suit ces évolutions. L'étudiant s'approprie ses différents champs d'interventions qui ne se retrouvent plus que dans le soin. Le futur formé devient, en plus d'être acteur du soin, un acteur social. Ses domaines de réflexion, d'intervention et d'action s'ouvrent sur de larges domaines : l'anticipation du devenir de la santé, l'anticipation de l'avenir du monde médical, la prévention en santé, et bien sûr comme un véritable acteur dans et pour la recherche scientifique. Pour Remondière³⁵¹ (2018) cette universitarisation de la formation initiale « *imposée par l'inscription dans le processus de Bologne, s'est appuyée en grande partie sur un certain nombre d'acquis obtenus durant deux décennies, sous la forme d'une simple remise à niveau, mais sans fermer pour autant l'avenir* ». C'est de cette époque que nous pouvons nous rapprocher de notre titre de mémoire. Le défi universitaire sur la formation de l'identité professionnelle des étudiants est en marche.

Une réingénierie de cette formation initiale aboutira par la dernière réforme de 2015.

2-5 L'Universitarisation en route par le décret de 2015. Une approche par compétences

Introduction

Par l'arrêté du 2 septembre 2015³⁵² relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, la réingénierie de cette formation initiale est actée. Les différents décrets suivants déclencheront la mise en place dès la rentrée de septembre 2015, et ce pour les étudiants de première année. Dès 2014, par la réponse³⁵³ au courrier du CNOMK, les différents ministres concernés (Mesdames Marisol Touraine, Najat Vallaud-Belkacem et Geneviève Fioraso) présentent l'arbitrage du 9/12/2014 de la nouvelle formation initiale en massokinésithérapie. Cette réforme fait suite aux nombreuses remontées de terrain sur une formation à bout de souffle, et en inadéquation avec les attentes de l'ensemble de la communauté de la massokinésithérapie, de la physiothérapie, du monde du soin et du législateur. Pour Dinet³⁵⁴ (2015), cette réforme est « *une histoire chaotique d'une réforme au*

³⁵⁰ Guyet D., 2020, « *Raisonnement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie : Quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former* », TFREFA, TransFormations, Recherche en Education et Formation des Adultes, Vol.1, n°20, N° spécial 20 : Recherche, Formation, Ingénierie : Quelle articulation ? Parution le 6/11/2020

³⁵¹ Remondière R., Durafourg M-P., 2018, « *Regard sur la kinésithérapie en 2018* », Société Française de Santé Publique, dans Santé Publique 201//6 Vol.30, pages 869-876, p.870

³⁵² Arrêté du 2/09/2015 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute (JORF n°0204 du 4 septembre 2015), NOR : AFSH1516238A

³⁵³ Lettre d'arbitrage interministérielle formation initiale des masseurs kinésithérapeutes, 9/12/2014

³⁵⁴ Dinet C., 2015, « *L'histoire chaotique d'une réforme au cœur du projet de la profession* », Dans le dossier réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université, Kinésithérapie Rev 2015,15 (167) 26-29

cœur du projet de la profession ». Il cite : « *Ce dossier aura été l'aboutissement et le fruit d'une réflexion collective et de longue haleine pour la profession, et ce, malgré les différences de positionnement, les contributions des participants ayant permis au projet d'atteindre un niveau certain de maturité* ». L'ensemble des co-auteurs de ce dossier mettent en avant des points différents comme points de friction. Il repositionne la genèse de ce projet au 18/12/2007 par la lettre de M. Chanlaire, convocation, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports-sous la direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers de 2007, soit 18 années de préparations-négociations.

Pour Remondière (2018)³⁵⁵ cette réforme aurait commencé il y a 20 ans : « *Le point fort de cette profession silencieuse est d'avoir achevé, en 2015, sa réforme dans le cadre des accords européens du processus de Bologne* », mais réellement travaillée : « [...] *Elle fut accueillie favorablement, malgré plus de dix années de travaux préparatoires* ». Cette préparation est bien antérieure à celle annoncée par Dinet. En effet, à la date de ses propos en 2018, nous pouvons estimer une date probable de départ des premières discussions dans les débuts des années 1998. Nous retrouvons là des débuts chaotiques et de longue haleine.

Ce sont quatre grandes nouveautés sur cette réforme que vont découvrir les futurs étudiants de première année.

- La scolarité passe sur 4 ans en IFMK, avec une première année universitaire préparatoire. Soit une scolarité sur cinq ans ;
- Le rapprochement ou l'inclusion des IFMK avec une université ;
- La pédagogie d'enseignement repose sur l'approche par compétences ;
- Le paradigme du soin, qui reposait sur le modèle bio-médical-curatif, devient un modèle bio-psycho-social.

Pour s'appropriier les buts et objectifs de cette réforme, nous aborderons les concepts de réingénierie, d'approche par compétences et de changement de paradigme. Puis nous porterons notre regard sur les contenus de cette formation initiale. Dans la conclusion, nous exposerons les modalités d'usages pour cette formation universitaire et l'intégration des publics particuliers : les sportifs de haut niveau et les étudiants déficients visuels.

Dans le rapport de 2014³⁵⁶ co-construit par l'ensemble des acteurs de ce métier et de sa formation initiale, l'ensemble des points de la réingénierie y sont exposés. Le point principal est une triple injonction à laquelle ce métier doit répondre :

- Être conforme aux attendus suite à la signature du processus de Bologne ;
- Répondre à une demande croissante de prise en charge en massokinésithérapie ;
- Être en capacité de promulguer des recherches scientifiques dans, pour et par la massokinésithérapie.

Nous rappellerons que cette réforme, sous le nom « d'universitarisation de la formation initiale en massokinésithérapie », est aussi une réforme de son contenu. Les travaux de recherche de Livain³⁵⁷

³⁵⁵ *ibid.*352, Résumé cf.

³⁵⁶ Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes, octobre 2014, Rapport présenté par les organisations représentant la masso-kinésithérapie

(2010) mettent en évidence ce point. Dès 2006, le rapport Hénart³⁵⁸ propose de partir des besoins en santé de la population française pour définir les besoins de santé. Cette formation initiale entre dans ces propositions. Le nouveau professionnel de santé ne sera plus qu'un acteur de son métier, mais bien un des acteurs de la communauté du monde de la santé. C'est un véritable changement de posture des futurs MK. L'identité professionnelle devra s'approprier ces nouvelles données. Elles seront développées par cette formation (Compétence 3, 7, 8, 10 et 11).

2-5-1 Des nouveaux concepts pour une nouvelle réforme

2-5-1-1 La Réingénierie de la formation

À l'origine, ce terme provient du monde industriel, qui doit revoir régulièrement ses méthodes de production par l'apport de nouveaux matériels, matériaux, des différentes avancées des technologies et des normes de production.

Définition de réingénierie :

Pour Wikipédia : C'est la réorganisation (ou la refonte) d'un processus industriel ou d'un système d'information existant, généralement afin de le rendre plus efficient.

Pour Wiktionnaire : C'est l'étude d'un processus existant, pour en reprendre la conception : « *La réingénierie est une remise en cause radicale d'un processus de travail. Elle vise l'obtention de gains spectaculaires en matière de qualité, de coûts, de service et de rapidité. La réingénierie s'applique aux processus vitaux pour l'entreprise* ».

Pour le Larousse : C'est l'étude d'un projet industriel sous tous ces aspects (techniques, économiques, financiers, monétaires et sociaux) et qui nécessite un travail de synthèse coordonnant les travaux de plusieurs équipes de spécialistes.

Nous nous rapprocherons des différentes propositions des acteurs de ce métier pour proposer une définition de cette réingénierie de la formation initiale en massokinésithérapie :

Après un état des lieux de la place de la massokinésithérapie dans la communauté médicale et paramédicale française et mondiale, une refonte complète de cette formation initiale devra emmener le futur professionnel à être autonome, réflexif et producteur de sa recherche. Cet apprentissage reposera sur l'approche par compétence, et sur celle déployée par le processus universitaire LMD. Cette formation initiale sera le prérequis pour pouvoir instruire des projets de recherche, et d'être un auteur des futures formations professionnelles tout au long de la vie.

Cette définition repose aussi sur une analyse et des évaluations régulières de celle-ci et d'y apporter tous les ajustements pour rester en adéquation avec l'ensemble de la communauté du prendre soin.

³⁵⁷ Livain T., et All, 2010, « universitarisation de la formation initiale et autonomisation dans la pratique de la masso-kinésithérapie », KS (Kiné Scientifique), n°515, 11/2010, p.35

³⁵⁸ Rapport Hénart L., 2006, Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n°2787) pour l'égalité des chances.

2-5-1-2 L'approche par compétences

Définition

Dictionnaire de l'Académie Française : Capacité, fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne. Aptitude théorique de toute personne à produire et à comprendre un nombre indéfini d'actions dans un domaine précis.

Le Robert : Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières.

De très nombreux auteurs ont décrit cette notion de compétence. Nous en citerons les plus pertinentes pour notre travail. Pour Coulet³⁵⁹ (2011), une compétence est « *une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée* ». Pour Allal (1999), elle « *est conçue comme un réseau intégré et fonctionnel constitué de composantes cognitives, affectives, sociales, sensorimotrices, susceptibles d'être mobilisées en actions finalisées face à une famille de situations*³⁶⁰ ». Le Boterf³⁶¹ (1999) y inclut une participation personnelle : « *Une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles ...) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.). Savoir agir avec pertinence, cela suppose d'être capable de réaliser un ensemble d'activités selon certains critères souhaitables* ». Pour Perrenoud³⁶² (1999), c'est l'efficacité qui détermine le véritable sens de la compétence : « *Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* ».

Nous pouvons proposer une définition consensuelle :

Une compétence est une capacité physique et intellectuelle à mobiliser des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être en vue de conceptualiser, de proposer et d'effectuer une tâche cohérente dans une activité définie. Cette activité peut faire appel à plusieurs compétences provenant d'acteurs différents. Ces compétences ne sont pas figées à un instant T, mais par des évaluations régulières elles évoluent pour s'adapter au nouveau contexte.

Nous retrouvons l'ensemble de ces items dans l'arrêté du 2 septembre 2015. Le terme compétence est mentionné 139 dans ce décret. Nous ne citerons que les principaux.

Sur le titre 1 :

³⁵⁹ Coulet J-C, 2011, « *La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences* », dans Le travail humain 2011/1, vol.74, p.1-30, les presses universitaires, p.17

³⁶⁰ Allal, L. (1999). « *Acquisition et évaluation des compétences en situation scolaire. Raisons éducatives* », p.77-94., p.81

³⁶¹ Le Boterf, G. (1994). « *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange* ». Paris : Éditions d'organisation. p.38

³⁶² Perrenoud P., 2018, « *Construire des compétences des écoles* », Collection Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF Sciences humaines 11/01/2018, 128 p., p.12

- Article.5 : Les référentiels d'activités et de compétences sont définis aux annexes I et II du présent arrêté.
- Article.7 : Les terrains de stage sont agréés annuellement par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil pédagogique. Ces terrains de stage sont situés, en France ou à l'étranger, dans toutes structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant.
- Article.8 : L'acquisition des compétences en situation s'effectue progressivement au cours de la formation.
- Article. 11 : Le tuteur évalue les niveaux d'acquisition de chacune des compétences à partir des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio.
- Article. 12-3° : Avoir mis en œuvre et validé les compétences au niveau requis dans une ou plusieurs situations.
- Article.21 : Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences, sont déclarés reçus au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et obtiennent les 240 crédits correspondants.
- Annexe I : Condition d'exercice (développer les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation des activités de dépistage, de prévention, d'éducation et de soins, en tenant compte des évolutions de la science et en réponse aux besoins en santé publique) ; Contexte d'intervention (Dans ses activités de rééducation, réadaptation, réinsertion, réhabilitation, entretien et prévention, les activités en massokinésithérapie mobilisent des compétences génériques et spécifiques).
- Annexe II : Référentiel de compétences.

Nous pouvons noter que de nombreuses compétences sont transversales sur cette formation initiale, mais aussi sur des compétences partagées avec d'autres acteurs du soin. Le rapport de l'IGAS³⁶³ (2021) présente un constat de départ pour aboutir sur une série de propositions concrètes des dispositifs déjà existants, ou à promulguer sur les partages de compétences. Pour Brissy³⁶⁴ (2018), cité dans ce rapport, un des premiers constats est que : « *La France est quasiment le seul État à définir de manière aussi stricte les compétences de certains de ses professionnels de santé. Le Québec, par exemple, procède à l'inverse : des sous groupes d'actes sont définis alors que les professions de santé s'autorégulent. Différents professionnels de santé peuvent effectuer le même groupe d'actes* ». Le rapport recommande une approche identique pour la France. Il est précisé (p. 8) que sur « *les périmètres d'interventions, qui doivent être revues pour passer d'un système de cloisonnement à un système de partage* ». La coordination des soins est un des enjeux majeurs. Cette recommandation a été énoncée et amorcée dans le rapport Berland³⁶⁵ de 2003. La formation initiale en massokinésithérapie s'approprie ces recommandations. Par exemple, on retrouve cette compétence de coordination dans la formation initiale en massokinésithérapie sous l'Annexe I, Référentiel des activités, rôles et missions : « *Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe*

³⁶³ Rapport IGAS de 2021, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* »

³⁶⁴ Ibid. 364, p.20 Brissy S., 2018, « Les professionnels de santé en Europe : la notion de « profession de santé », Institut Droit et Santé Université Paris Descartes, juin 2018, <https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02> p.20

³⁶⁵ Rapport d'étape présenté par le professeur Yvon Berland, Octobre 2003, « *coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences* »

à leur coordination. Il concourt par ailleurs à la formation initiale, continue et à la recherche ». Et sur l'ensemble des activités n°6 : « Organisation et coordination des activités de santé ».

La place du futur MK se retrouve bien dans la communauté médicale et paramédicale du soin. Ce changement d'approche pédagogique perturbe l'identité professionnelle des anciens formés, qu'ils soient MK en activité, MK formateurs, MK dirigeants ou MK aux titres des représentativités du métier. Cette approche par compétence questionne Perez-Roux³⁶⁶ (2019) : « Les répondants alertent sur le risque de former des MK réflexifs incapables de faire et de faire vivre le métier ». Dans sa conclusion, elle avance que : « l'étude montre que la traduction dans la pratique de formation est plus délicate. En effet, les demandes des étudiants comme celles des formateurs sont majoritairement orientées vers la transmission des gestes professionnels, alors que les nouvelles prescriptions insistent sur le développement de la démarche réflexive et la construction des savoirs, en privilégiant leur articulation et leur pertinence au regard des situations rencontrées ». Nous nous retrouvons ici face à un paradoxe d'un métier dit « manuel » en pleine évolution, par rapport à son mode d'évolution. La société change. Le tout scientifique prime. Pour cette formation initiale et ce métier, l'émancipation de l'Evidence Based Medecine (EBM), réservée au monde médical, doit se faire en promulguant plus l'Evidence Based Practice (EBP). C'est à ce titre que l'on retrouve la validité d'une formation universitaire pour cette formation initiale. Elle apporte l'ensemble des outils de construction de futures recherches entrant dans le cahier des charges de l'EBP.

La formation initiale s'approprie cette nouvelle notion.

2-5-1-3 Changement de paradigme du prendre soin

- Paradigme bio-médical-curatif

À l'origine du soin, les « médecins philosophes » grecs et latins de l'antiquité considéraient une pathologie comme dépendante de la personne. Pour Gros³⁶⁷ (2007), « la philosophie antique se présente donc largement comme une thérapie de l'âme, par opposition à la médecine qui serait la thérapie du corps ». Puis avec l'arrivée de la médecine en Europe, des influences de la Perse, le soin « médical » se recentre sur la maladie. Les grandes épidémies successives (Peste et cholera), les maladies infantiles (Rougeole, Rubéole, etc.), le scorbut, les blessés de guerre font que le Barbier et le Boucher du moyen âge deviennent progressivement des « chirurgiens ». Ils accompagnent un nouveau métier, le médecin, pour rétablir un état défaillant d'une personne. En 1220 est créée la première université de médecine à Montpellier. C'est le début de la médecine biomédicale-curative. Le médecin formé, diplômé, peut exercer son art en proposant des thérapeutiques. Pour Minois³⁶⁸ (2015), « La situation semble dès lors totalement inversée, le médecin remplaçant le prêtre, décideur de la vie et de la mort, et la médecine faisant office de nouvelle religion. [...]. C'est désormais le médecin qui fait des miracles ». L'apport d'une molécule « médicale » sert de traitement. Elle doit apporter la guérison, ou aider à la guérison. Un échec médical n'est pas envisageable par ce corps de métier. Cela le « poussera » à faire des recherches, faire de la recherche afin d'éviter le décès prématuré du patient. La prévention n'apparaîtra qu'avec les hygiénistes (courant du XIX^{ème} siècle). Elle est accompagnée des premières vaccinations (1796 vaccination antivariolique (Jenner), 1853

³⁶⁶ Ibid. 4, p.93

³⁶⁷ Gros F., 2007, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », Dans Recherche en soins infirmiers 2007/2, n°89, p.15-20, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.15

³⁶⁸ Minois G., 2015, « Le prêtre et le médecin. Des saints guérisseurs à la bioéthique », CNRS Edition, 456 pages, introduction.

vaccination obligatoire en Angleterre, 1885 vaccin contre la rage (pasteur)) et des découvertes de nombreuses molécules souvent issues de plantes (1899 l'aspirine). Puis avec les avancées des technologies apparition des molécules de synthèse, et de dispositifs suppléants un organe déficient. Le métier de masseur kinésithérapeute et sa formation initiale sont inclus dans ce paradigme, jusqu'à cette nouvelle réforme.

- Paradigme Bio-Psycho-Social

Ce changement de paradigme recentre l'action des professionnels de santé sur la personne et non sur une pathologie. La population mondiale s'accroît rapidement et avec le vieillissement de celle-ci, de nouvelles pathologies apparaissent, d'autres deviennent chroniques. Cette chronicité accompagne la personne dans sa vie de tous les jours, avec une adaptation personnelle. Le constat fait que les maladies infectieuses (à l'exception du COVID) sont correctement régulées et prises en charge, et ont laissé la place aux maladies chroniques (Arthrose, diabète, maladie cardiovasculaire, obésité, « vieillissement³⁶⁹ », etc.). Si la vieillesse n'est pas une maladie, pour Coudin³⁷⁰ (2010), « *Bien que la polyopathie soit la norme de la population âgée, les plus de 65 ans souffrant en moyenne de presque 7 affections, on s'aperçoit que la morbidité est compressée sur un temps très court à la fin d'une longue vie* », elle est à elle seule une somme de plusieurs pathologies. Pour Borg³⁷¹ (2014) : « *Les maladies chroniques constituent un problème majeur et qui ne cesse de croître. Elles sont de loin la principale cause de mortalité : elles représentent environ 86 % de la totalité des décès de l'UE* ». Tout l'enjeu du monde médical repose sur les adaptations et les anticipations régulières de reconnaissance et de prise en charge de nouvelles pathologies. La crise du COVID en est un bon exemple.

Bolton³⁷² (2020), citant Engel : « *George Engel a présenté son nouveau modèle biopsychosocial comme un perfectionnement du modèle biomédical dominant dans une série d'articles publiés à la fin des années 1970 (Engel 1977, 1978, 1980) . Dans son orientation générale, le modèle biomédical de la santé et de la maladie, en se concentrant uniquement sur les processus biologiques, omet de considérer les processus psychologiques et sociaux. Le nouveau modèle serait, lui, capable d'en tenir compte* ». Il part d'un constat que : « *les enseignements purement biomédicaux forment des praticiens insensibles et peu communicatifs* ». Il prend comme contre exemple le métier d'infirmier : « *les pratiques infirmières sont plus centrées sur la personne* ». Nous touchons là les notions du Cure et du Care.

Définition du Cure :

Morvillers (2015) rappelle « *qu'une cure, dans la religion chrétienne, est une population circonscrite, dont un ecclésiastique (un curé) a pour charge le soin des âmes qui la composent. En ce sens, le « cure » possède une notion spirituelle bienfaisante envers des personnes, tout*

³⁶⁹ De Jaeger C., 2008, « *Les pathologies* », Dans La gérontologie (2008), Chap.III, p.42-94. Propos : « *Mais aux États-Unis, au Japon et maintenant en France, des médecins et des scientifiques pensent de plus en plus que le vieillissement ne serait que l'expression d'une maladie « originelle » dont nous serions tous atteints*»

³⁷⁰ Coudin G., 2010, « *Vieillir n'est pas une maladie* », Dans la santé. Un enjeu de société, Col. Synthèse, Edit. Editions Sciences Humaines p.54-59, p.55

³⁷¹ Borg T., 2014, « *L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques* », Commission européenne, Santé publique, newsletter, 127, coup de projecteur.

³⁷² Bolton D., 2020, « *Le modèle biop-psycho-social et le nouvel humanisme médical* », Traduction de l'anglais de Tinland J., dans Archives de Philosophie, 2020/4, Tomes83, p.13-19, p.13, et p.34

comme le care renvoie au soin d'autrui ». Nous nous rapprocherons de la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : « Ensemble des soins médicaux, souvent d'une certaine durée, destinés à traiter des maladies (physiologiques, ou psychologiques) ou des lésions, en vue de leur guérison ». La notion même de patient est inexistante.

Définition du Care

Pour Tronto³⁷³ (2008), il définit le Care comme « *Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* ». Pour Morvillers³⁷⁴ (2015), le terme Care est complexe et ambivalent : « *Dans la première, il signifie le souci ou l'inquiétude, et dans la seconde, une notion de soin ou d'attention* ». Nous resterons sur sa définition : « *Le care est donc soit un sentiment, soit une action (caring) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne. En d'autres termes, la personne peut être touchée sur le plan personnel, au plus profond d'elle-même, puisqu'il s'agit là de ses émotions propres. Il semble d'ailleurs y avoir consensus sur ce sens pour d'autres auteurs qui ont été consultés. Cependant, l'un des problèmes ne serait pas dans la définition, a priori, mais dans la pratique sociale et professionnelle du care* ». Nous retrouvons ici l'objet central du soin : le patient, qui est une entité singulière non statique. Nos propos sont confirmés par ceux de Noël-Hureaux³⁷⁵ (2015), « *Le care serait donc une prise en compte de la sensibilité des personnes dans leur singularité en contexte d'actions à autrui et d'interdépendances, d'où cette multitude de situations concernées* ». Cette notion peut être retrouvée dans la posture des formateurs. Si nous nous appuyons sur les propos de Zielinski³⁷⁶ (2010) : « *En mettant en évidence les liens d'interdépendance, les philosophies du care valorisent la réciprocité dans la relation de soin* », et en inter changeant le terme « soin » par formateur, cette notion peut-elle s'appliquer ? Nous pouvons acter que oui. Cette notion est personnelle à chacun. Prendre soin c'est aussi accompagner un étudiant dans sa professionnalisation.

Conclusion

Nous pouvons noter que sur les trois points explorés, la réingénierie et l'approche par compétences correspondent à la philosophie d'une formation universitaire. Concernant le changement de paradigme, il n'est pas dépendant d'une formation universitaire, mais fait appel à des acteurs de formations universitaires. L'ensemble de ces notions sont-elles retrouvées par tous les acteurs de cette formation. Les formateurs, les tuteurs de stage hospitaliers et libéraux sont-ils formés sur ces nouvelles approches ? Nous arrivons à la conclusion suivante : il existe une différence d'approche entre les étudiants et les premiers diplômés de cette réforme et ceux des réformes antérieures. Pour

³⁷³ Tronto J.C, 2008, « Du Care », Dans Revue du Mauss 2008/2, n°32, p.243-265, Edit. La Découverte, p.244

³⁷⁴ Morvillers J.M, 2015, « *Le Care, le Caring, le Cure et le soignant* », Dans Recherche en soins infirmiers, 2015/3, n°122, p.77-81, Edit. Association de Recherche en Soins Infirmiers, p. 78

³⁷⁵ Noël-Hureaux E., 2015, « *Le care : un concept professionnels aux limites humaines* », Dans Recherche en Soins Infirmiers, 2015/3, n°122, p.7-17, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.15

³⁷⁶ Zielinski A., 2010, « *L'éthique du Care. Une nouvelle façon de prendre soin* », Dans Etudes 2010/12, Tome 413, p.631-641, Edit : S/E.R

Pilotti³⁷⁷ (2021), « *l'approche par compétences, modifie le paradigme de l'enseignement* ». Il cite TARDIF (2013), « *on passe d'un paradigme de l'enseignement à un paradigme de l'apprentissage* ». Il complète ses propos sur le IFMK et les formateurs, « *nous avons vu précédemment [...] a obligé les IFMK et les formateurs à se former à la recherche en passant par des formations universitaires* ». Nous pouvons considérer que les différents profils de l'ensemble de ces acteurs sont « conformes » au profil d'universitaire. L'universitarisation de ce métier peut s'appuyer sur ces bases. L'identité professionnelle apportée en IFMK est bien modifiée. Mais lors des différents stages, puis dans la vie professionnelle comment celle-ci, est-elle perçue, acceptée par des collègues diplômés et par la patientèle ? C'est à ce titre que repose tout le défi de cette universitarisation. C'est sur cette période que repose l'ensemble de nos entretiens de recherche. Ils mettent en avant une difficulté d'approche ciblée sur les tuteurs de stages.

2-5-1-4 La formation initiale³⁷⁸

Pour une meilleure lecture, nous citerons les pages de cet arrêté dans le corps du texte.

Le passage par la PACES³⁷⁹ était la voie royale. La première rentrée aura lieu dès septembre 2015 (p.2). Les directeurs d'IFMK fixent la date de celle-ci (p.3).

Nous commencerons l'analyse par l'acteur principal : l'étudiant; puis le programme de formation ; et enfin le binôme IFMK-université.

RÉINGÉNIERIE DE LA FORMATION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Code de la santé publique : règlemente la profession

Décret et arrêté du 2 septembre 2015 : relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute



a- Pour l'étudiant

Pour pouvoir accéder à cette formation initiale, le mode de recrutement change. Dès la classe de terminale, le futur étudiant devra se positionner. Soit une première année universitaire en PACES (fortement conseillée), soit en STAPS, ou en L1 STS, ou par des voies passerelles, ou sur titre (sportifs de haut niveau) ou sur un handicap visuel, ou à titre dérogatoire (p.7-8, Titre II).

Le passage par la PACES à partir de la rentrée 2020 est supprimé. Il est remplacé soit par une PASS, une LAS, ou par des voies passerelles.

L'étudiant devra s'inscrire simultanément dans un IFMK et dans l'université signataire de la convention. C'est une nouveauté.



1. ACCÈS AUX ÉTUDES

- Première année universitaire validée (PACES, STAPS, L1 STS) = 60 ECTS
- Article 25 : Accès par dispenses en commission
- Article 27 : Accès pour les extra-communautaires

2. LA FORMATION

- 2 cycles de 2 ans
- 1er cycle : Comprendre les situations de soin
- 2ème cycle : Agir avec compétence dans les situations de soin

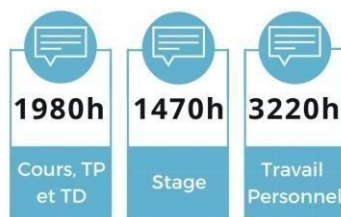


Schéma n°2 : Modalité d'inscription jusqu'en 2020.
Formation par cycles

³⁷⁷ Pilotti A., 20198, « *Participation des nouveaux dispositifs pédagogiques à la professionnalisation des formateurs en IFMK* », Dans Perez-Roux, « *la réforme des études en santé. Entre universitarisation et professionnalisation. Le cas des IFMK* », Chap.8, p.153-168, p.160, 161

³⁷⁸ Ibid. 353

³⁷⁹ PACES : première Année Commune aux Etudes de Santé ; PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé. LAS : licence Accès Santé

Par la suppression de la PACESS, les modalités d'accès aux études de massokinésithérapie pour les lycéens en classe de terminale à partir de 2020³⁸⁰ changent. (Cf. schéma ci-dessous)



Tableau n°7 : modalité préformation initiale en massokinésithérapie

Cette inscription est renouvelable annuellement, même lors de redoublement. Les modalités d'inscription dans les IFMK varient en fonction de leurs statuts. Si l'institut est inclus dans l'université, seuls les frais d'inscription à l'université sont à régler. Pour les instituts hors université, ces frais s'élèvent entre 4 500 à 10 000 € par an. La FNEK³⁸¹ (2022) estime que les frais moyens de la scolarité pour l'année 2022/2023 sont de 6424€ (cumul des frais de scolarité et des frais de la vie courante). Elle conclut que, « Ces frais participent massivement à la situation de précarité financière et sociale des étudiants en masso-kinésithérapie ». De très nombreux étudiants s'endettent pour pouvoir étudier. Dans l'article du Figaro-Étudiant³⁸² (5/02/2012), Diouri (président de la FNEK) précise que : « 25% des étudiants en kiné ont contracté un prêt auprès d'une banque qui peut aller jusqu'à 50 000€. L'endettement prive les jeunes diplômés de leur liberté d'installation. Ils optent pour le secteur libéral qui leur permet de rembourser l'emprunt au plus vite plutôt que pour l'hôpital », La scolarité dure quatre ans (p.3). Les redoublements sont acceptés, mais qu'une fois par année d'étude. La scolarité peut théoriquement durer 8 ans.

La grande innovation pour cette formation initiale est son rapprochement-inclusion à ou dans l'université. Pour l'étudiant, après ses inscriptions en IFMK, et à l'université, il y retrouvera les mêmes approches pédagogiques d'enseignement, d'évaluations et de passage de niveaux. Ce système pédagogique repose sur des socles de compétences à valider, avec l'attribution d'European Credits Transfer System (ECTS). Ce sont 11 compétences qui sont à valider, auxquelles sont attribuées

³⁸⁰ Arrêté du 17 juillet 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, [Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'Etat de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

³⁸¹ FNEK, Dossier de Presse, Coût de la rentrée 2022, 22/08/2022, p.

³⁸² Le Figaro.fr, étudiant, Etudes supérieures-Santé-Médecine-Social, Mise à jour 05/02/2021, « Accès en école de kiné » : « Plus personne n'y comprend rien ». [Accès en école de kiné: «Plus personne n'y comprend rien» - Le Figaro Etudiant](#)

un nombre défini d'ECTS. Le « parcours » scolaire universitaire est découpé en deux cycles. Ces crédits, validant un cycle de compétences, sont transférables sur une autre formation universitaire par équivalence. Cette continuité sur une filière différente peut s'effectuer dans l'ensemble des pays européens ayant signé le processus de Bologne. Cela permet aussi à tous les étudiants de profiter de la mobilité Erasmus. L'ensemble de ces critères sont retrouvés sur cette formation initiale. Pour pouvons considérer que la posture de l'étudiant, est comparable à celle des étudiants suivant des études universitaires Licence Master Doctorat (LMD).

Les quatre années de scolarité sont réparties en deux cycles de deux années, alternant apprentissages en IFMK et à l'université (1980 h), sur les différents terrains de stage (1470 h) et sur une nouveauté : le travail personnel (3220 h). L'article 4 (p.3) rappelle que : « *La répartition des périodes d'enseignement et de stage en deux cycles est fixée par le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie après avis du conseil pédagogique, conformément au référentiel de formation figurant en annexe IV du présent arrêté* ». Lors des immersions de professionnalisation et de brassage d'étudiants, sur les temps de stages, ceux-ci n'auront pas les mêmes apports de compétences. Nous pouvons nous questionner sur la place des tuteurs de stages face à ces profils différents. Quelles postures auront-ils lorsqu'ils auront plusieurs étudiants d'IFMK différents dans le même temps ? Le temps consacré à chacun sera-t-il identique ? Si cette pluralité de compétences peut-être un atout pour en acquérir ou en approfondir, elle peut être aussi un frein. De très nombreux tuteurs de stage ne sont pas issus de cette réforme.

Cette réforme met en avant le triptyque tuteur de stage-étudiant-IFMK. En p.120, 121 l'ensemble des modalités y sont décrites. Aucune indication n'est retrouvée sur les qualifications de ces encadrants. Toutefois il est fait mention de deux profils différents : Le maître de stage et le tuteur de stage. Le maître de stage pouvant être considéré comme le régulateur du terrain de stage et le tuteur comme accompagnateur-formateur durant le stage.

Tout au long de sa « scolarité », l'étudiant sera le seul responsable de ses apprentissages. Il la clôturera par un mémoire de fin d'études (Mémoire d'initiation en recherche clinique). Son apprentissage reposera sur l'acquisition partielle ou totale de savoirs et savoir-faire, qui valideront des compétences. L'étudiant, sous le regard des formateurs, s'autorisera des allers-retours essais-erreurs pour confirmer sa posture identitaire. Sa posture d'auteur (au sens d'Ardoïno) se confirme. Pour Berton³⁸³ (2017), « *Difficile de ne pas tisser des liens entre cette notion d'autorisation et celle de créativité, d'inventivité, d'improvisation proche du « bricolage » et de la « métis » qui nous ouvrent des espaces de réflexion du côté de la posture d'auteur* ». Cette posture d'auteur développée, se construit au fil du temps passé en formation initiale dans sa vie personnelle comme professionnelle. Ici, nous pouvons exprimer qu'après le choc de la crise « d'adolescence » analysée ci-dessus, c'est une « naissance » professionnelle pour certains. Nous pourrions même acter une renaissance pour certains. Les images informelles rencontrées avant cette formation percutent celles de la formation. Un jeu de déconstruction-construction est retrouvé pour emmener l'étudiant sur une posture autonome et réflexive avec toutes les limites que cela engendre. Cela peut soulever un déséquilibre sociocognitif. Pour Bringuier³⁸⁴ (1977) citant Piaget, il présente l'apprentissage « *comme une réorganisation des structures cognitives à chaque instant* ». L'étudiant en formation a quatre années pour modeler l'ébauche de son identité professionnelle à venir.

³⁸³ Ibid. 259, p.130

³⁸⁴ Bringuier J.C., 1977, « *Conversations libres avec Jean Piaget* », 221 pages, Edit Robert Laffont, p.75

➤ Le programme

Nous nous appuyerons sur le tableau ci-dessous.

UNIVERSITE	IFMK					
	1 ^{er} cycle		2 ^{ème} cycle			
	L1 (S1-S2)	K1 (S1-S2)	K2 (S3-S4)	K3 (S5-S6)		K4 (S7-S8)
Unités d'enseignement de première année communes aux études de santé (PACES) ou de première année de licence Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) ou de première année de licence dans le domaine Sciences, Technologies, Santé (STS).	UE 1. Santé publique	UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1	UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2	UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure	Enseignements fondamentaux	
	UE 2. Sciences humaines et sciences sociales		UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire	UE 17. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire		UE 18. Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques
	UE 3. Sciences biomédicales		UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)			
	UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie					
	UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité	UE 20. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire 2	UE 21. Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire 2	UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation		
		UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie	UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique			
		UE 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche	UE 27. Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie	UE 25. Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention	UE 26. Langue anglaise professionnelle	Apprentissages et approfondissements
	UE 9. Langue anglaise professionnelle	UE 28. Mémoire				
	UE 10. Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive	UE 30. Formation à la pratique masso-kinésithérapique				
	UE 11. Formation à la pratique masso-kinésithérapique	UE 12. optionnelle 1	UE 13. optionnelle 2	UE. 31 optionnelle 3	UE. 32 optionnelle 4	
	60 ECTS	60 ECTS	120 ECTS	180 ECTS	DEMCK = 240 ECTS	

Tableau n°8 : Répartition des cycles et des différents apprentissages

Ce synopsis de programme est une vraie nouveauté pour l'étudiant, les formateurs, les tuteurs de stage, les IFMK, et pour les professionnels actifs dans ce métier.

La structure de présentation des UE repose sur le « modèle » universitaire. Nous y retrouvons l'UE numérotée et titrée, les semestres, les compétences, le nombre ECTS acquis lors de la validation, les objectifs, les éléments de contenu, les recommandations sur les éléments de contenu, les recommandations pédagogiques et enfin les modalités et critères d'évaluation. Ce synopsis de

formation est destiné à l'ensemble des acteurs de cette formation. Le profil même de cette nouvelle pédagogie est une nouveauté pour les IFMK, les formateurs et les tuteurs de stages. Nous retrouvons cette même déclinaison dans le Portfolio accompagnant l'étudiant. En p.106, « *Lors de la formation clinique, la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences est formalisée dans le portfolio* ». Cela permet à l'étudiant la maîtrise de son emploi du temps pour valider les UE. En p.110, « *L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.* » Cet outil d'inscription, de suivi et de lecture est une première pour cette formation. L'étudiant devient autonome par étapes.

L'architecture globale de cette formation, qui a pour objectif principal la validation des UE et l'acquisition d'ECTS, présente des dotations d'horaire global et d'ECTS équilibrées par cycle. Il est demandé un véritable investissement personnel pour l'étudiant. Ce temps est très souvent complété par des temps de travail personnel hors instituts. Ces moments se retrouvent sur l'ensemble des vacances conformément au calendrier scolaire. Nous rappelons qu'une des innovations de cette réforme est : *Une indemnité de stage est versée aux étudiants pendant la durée des stages réalisés au cours de leur formation. Le montant de cette indemnité est fixé sur la base d'une durée de stage de 35 heures par semaine* et que « *les frais de transport des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, pour se rendre sur les lieux de stage, sont pris en charge* » (Art.7, p.4)

RÉPARTITION DES ECTS et des volumes horaires par cycle	ECTS	Cours magistraux	Travaux dirigés	CM + TD + Formation pratique	TEMPS Personnel
CYCLE 1	120	445	575	1650	1610
CYCLE 2	120	450	510	1800	1610
TOTAL CYCLE 1 ET CYCLE 2	240	895	1085	3450	3220
Dont formation pratique massokinésitrapique:				1470	

Tableau n°9 : répartitions des nombres des heures de formation et des ECTS alloués

Cette formation repose sur une progression en trois temps.

Des apports fondamentaux, des sciences et ingénierie en kinésithérapie et, des apprentissages et approfondissements.

- Le premier temps : les apports fondamentaux.

On les retrouve sur les deux cycles. Ceux-ci servant d'appuis et de bases afin d'aborder la complexité attendue sur le deuxième temps. Nous constatons que la déclinaison par savoirs, retrouvée sur les réformes précédentes n'est plus incluse. Ceux-ci sont positionnés dans des Unités d'Enseignement (UE). Le modèle du cours magistral n'y trouve plus sa place. C'est, sur ce premier temps, que l'on retrouve les « ancestraux » fondamentaux de ce métier :

- Cycle 1, UE4 (l'anatomie, la biologie, etc.). On retrouve les « fondamentaux » de l'ensemble du corps humain. Apports inclus dans l'approche des premières années de la réforme précédente.

- Cycle 2, UE 15, 16, 17 et 18 (les pathologies, etc.) sous les intitulés physiopathologies.

Nous constatons que le terme notion est mentionné quinze fois, dont six à titre médical, les huit autres sur les nouveaux concepts de cette formation. Ces six termes étaient inclus dans les réformes précédentes.

Lors de la première année universitaire antérieure à la formation initiale, les étudiants ont validé des UE. Nous pouvons nous questionner sur la prise en compte de ces validations pour cette formation. N'y-a-t-il pas redondance des approches et des contenus ? Un rapprochement, avec les UE validées lors de la PASS, la LAS et STAPS, est retrouvé. Nous y retrouvons des UE (et contenus) identiques à celles de la première année de formation en IFMK :

- Parcours PASS : en semestre 1, UE1 : Santé, Société, humanité-Santé publique (SHS). En semestre 2, UE7 : Anatomie ; UE8 : Physiologie. Ces UE sont assimilables aux UE1, 2,3 et 4. La majeure santé est créditée de 48 ECTS, la mineure disciplinaire choisie de 12 ECTS. Soit un total de 60 ECTS.
- Parcours LAS (études santé) : en semestre 1, UE3 Santé : Histologie-Embryologie-**Anatomie**, Initiation à la connaissance du médicament ; UE4 : Sciences humaines et sociales et Santé publique. Ces UE sont assimilables aux UE1, 2,3 et 4.
- Parcours STAPS : première année. UE Anatomie Fonctionnelle de la Motricité, UE Physiologie de l'Exercice Physique ; UE Anatomie Fonctionnelle de la Motricité. Ces UE sont assimilables à l'UE 4.

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
L'élève
L'expert
L'entraide

Je formule mes vœux sur Parcoursup et je veux faire des études de santé

Comment choisir mes options en PASS ou mes licences «accès santé» (LAS) ?

Youssef voudrait être médecin ou dentiste, il aime les maths et l'histoire mais n'aime pas la chimie ni les langues.

Il formule un vœu en PASS dans une université qui propose les options suivantes. Il fait le choix d'options en fonction des disciplines qui l'intéressent :

- Université A – licence – PASS – option Mathématiques (il coche cette option)
- Université B – licence – PASS – option Histoire (il coche cette option)
- Université B – licence – PASS – option Chimie (il ne coche cette option)
- Université B – licence – PASS – option Langues (il ne coche cette option)

Ludvine aimerait être médecin ou pharmacienne. Elle aime la physique chimie et les langues mais elle n'aime pas trop les maths ni la philo.

Elle formule un vœu en PASS dans une université qui propose les options suivantes. Elle fait le choix d'options en fonction des disciplines qui l'intéressent :

- PASS option Physique chimie (elle coche cette option)
- PASS option Langues (elle coche cette option)
- PASS option Mathématiques (elle ne coche cette option)
- PASS option Philosophie (elle ne coche cette option)

Adrien hésite entre différents projets. Il aimerait être dentiste ou sage-femme et il est également attiré par le métier d'avocat. Il souhaite donc commencer une licence pour préciser son projet. Il aime le droit, l'économie et les langues mais il n'aime pas trop la physique-chimie.

Il recherche les licences avec un «accès santé» (LAS) dans une université qui propose plusieurs LAS. Il formule une liste de vœux pour des LAS en fonction des disciplines qui l'intéressent :

- Licence Droit avec un «accès santé» (il formule un vœu pour cette formation)
- Licence Économie et gestion avec un «accès santé» (il formule un vœu pour cette formation)
- Licence portail Chimie, sciences de la vie et de la terre avec un «accès santé» (il ne formule pas de vœu pour cette formation)
- Licence portail Physique, chimie, sciences pour l'ingénieur avec un «accès santé» (il ne formule pas de vœu pour cette formation)

! Les licences, si vous candidatez en LAS, ou les options, si vous candidatez en PASS, doivent correspondre à votre projet et à vos compétences pour avoir les meilleures chances de réussite.

Schéma n°3 : Schématisation des parcours PASS et LAS

Chaque parcours en L1 est crédité de 60 ECTS en fin d'année. La reconnaissance de ces validations permettrait de dégager des heures de formation en première année. Une évaluation diagnostique pourrait servir de base pour ajuster ces apprentissages hors les murs. Ils pourraient être considérés des prérequis « déjà » validés. Les ajustements se feraient par rapport aux « exigences » du métier de MK.

L'obligation d'assister à certains modules reste sous la responsabilité des directeurs d'IFMK, avec l'accord des équipes pédagogiques. En p. 3, art.6, nous retrouvons ces arguments : « *La présence lors des travaux dirigés et des périodes de stages est obligatoire. La présence à certains enseignements en cours magistral peut être également obligatoire en fonction du projet pédagogique de l'institut* ». L'autonomie sur la gestion des apports pédagogiques est propre à chaque IFMK. Ces apprentissages non obligatoires devront être abordés sur du temps personnel (dotation validée sur ce programme), ou sur des temps personnels. C'est là aussi, une nouveauté de cette réforme. L'autonomie et la réflexivité sont les bases de cette formation. Pour Perez-Roux (2018)³⁸⁵, questionnant des formateurs en IFMK, « *Parmi ceux qui ont documenté cette question, la moitié des réponses (18) met en avant une meilleure réflexivité des étudiants et une plus grande maîtrise des savoirs à construire, combinée à une autonomie dans les modes d'appropriation, ce qui les rend : « plus impliqués » et « plus acteurs de leur projet professionnel* ». Pour la seconde moitié, elle remonte trois aspects négatifs : « *le manque d'autonomie (jusqu'à une posture très scolaire), une posture d'analyse et moins dans le geste juste, et en stage, un manque de connaissance théorique et un manque de gestes professionnels* ». Nous touchons là les limites de cette réforme. Les étudiants et les formateurs constatent que « *la mise en œuvre de la réflexivité exigée par la réforme ne rencontre pas un soutien sur les terrains qui n'en comprennent pas les enjeux pour la professionnalisation* ».

Nous touchons là les limites de ce premier temps. Les heures potentielles récupérées sur les UE acquises lors de la première année universitaire pourraient être attribuées à ces apprentissages manquants.

La réglementation et la législation professionnelles sont apportées en quatrième année, UE14. Ces apprentissages seront sollicités rapidement dès l'obtention du D.E. En s'appuyant sur les compétences acquises sur cette UE, l'étudiant devenu MK aura tous les outils pour commencer sa vie professionnelle.

- Le deuxième temps : Sciences et ingénierie en kinésithérapie

Comme pour le premier temps, ce temps se retrouve sur les deux cycles.

C'est le temps de la massokinésithérapie.

On retrouve une corrélation entre les enseignements fondamentaux et ceux développés sur ce deuxième temps. Les étudiants commencent à s'approprier et à appliquer un raisonnement clinique et une approche thérapeutique massokinésithérapique sur de « solides » bases, régulièrement évaluées. Ce temps est une succession d'approche, d'évaluation, de validation des théories, des modèles, des méthodes et outils de l'approche réflexive massokinésithérapique. L'ensemble de ces

³⁸⁵ Perez-Roux T., et al, 2018, « *Réforme de la formation en école de Masso-kinésithérapie : quels modes de réception par les formateurs ?* », Education et socialisation, Les cahiers du CERFEE, 50/2018, 50 ans de sciences de l'éducation : apports et perspectives pour la socialisation. Varia, Dossier : Nouvelles missions, nouvelles approches et expansion du rôle social de la formation.

items sont évalués régulièrement aussi par l'étudiant (portfolio), afin de développer son regard critique, et sa posture réflexive. Il confrontera les compétences acquises aux seins des IFMK sur les terrains de stage. Le portfolio accompagnera l'étudiant tout au long de sa scolarité. On pourrait l'assimiler à un carnet de santé personnel, complété régulièrement par différents acteurs. L'ensemble des indications et indicateurs inclus, objectif des états des lieux à un temps T. L'étudiant saura à chaque instant le chemin parcouru et à parcourir pour valider le D.E Pour Hancart-Lagache³⁸⁶ (2015), « *LE PORTFOLIO : outil d'auto-évaluation de la progression d'acquisition des compétences et outil de développement de la pratique réflexive* ». Cet outil est énoncé 41 fois dans l'arrêté développé. Sur l'annexe V, « *Portfolio de l'étudiant en masso-kinésithérapie.*» L'ensemble de ces fonctions, buts et objectifs sont énoncés. Dans cette démarche d'autocontrôle, et d'autorégulation l'étudiant s'auto-évalue (p.123). Cette auto-évaluation passe par :

- Le portfolio dans les espaces dédiés à l'étudiant.
- Les différents entretiens avec son tuteur référent

Les buts et objectifs sont (p.123) : « *L'analyse réflexive doit permettre à l'étudiant de se situer par rapport à un objectif fixé par avance et à des compétences mobilisées en situation. Pour ses apprentissages, l'étudiant doit s'engager et répondre aux exigences des situations rencontrées. Il mobilise ses savoirs, connaissances et expériences en situation. Il évalue ses acquis et ses manques avec la critique constructive du tuteur. Il envisage avec lui des pistes d'amélioration qui doivent lui permettre de développer simultanément plusieurs compétences lors des prises en soins* ».

La professionnalisation des étudiants s'enrichit des différents apports théoriques et des interactions entre les étudiants et toutes les personnes rencontrées sur les terrains de stage, les autres étudiants de son institut, ceux des autres instituts, etc.

Sur le premier cycle, l'approche professionnelle est abordée par des apports théoriques. Les premières « pratiques » et les approfondissements sont exécutés au sein des IFMK. Maleyrot³⁸⁷ (2019) en précise les modalités : « *Chaque étudiant, au cours de l'année, endosse tour à tour le rôle de MK, de patient, ou d'observateur* ». Sur le second cycle, c'est l'ensemble du « concept » de la massokinésithérapie qui est à valider. L'UE24 permet à l'étudiant d'essayer de trouver sa place de professionnel de santé hors « compétences prescrites » de sa pratique. Il la complète sur des domaines plus larges, dont la prévention en santé, l'éducation thérapeutique. C'est une nouveauté de ce programme.

Pour conclure, ce temps est l'intermédiaire entre l'enseignement « scolaire », qui fixe les bases théoriques et les savoirs du futur métier, et l'enseignement universitaire professionnel (méthode de recherche) pour aboutir à l'écrit du mémoire.

- Le troisième temps : Apprentissages et approfondissements

Il est aussi sur les deux cycles.

³⁸⁶ Hancart-Lagache V., 2015, « *La dynamique de la formation clinique et l'intérêt du portfolio* », Dossier : Réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université. Kinésithe Rev 2015,15 (167), 42-47

³⁸⁷ Maleyrot E., et All, 2019, « *L'intention de professionnalisation dans la formation des masseurs-kinésithérapeutes : études d'un dispositif innovant appelé « Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Pratiques en Rééducation* », Dans Phronesis, 2019/3, Vol.8, p.72-84, Edit : Revue Phronesis, p.75

C'est le temps d'appropriation des différentes méthodes de recherche universitaire. L'autonomie et la réflexivité (surtout en fin de second cycle) seront sollicitées et évaluées plus finement. Ces postures aideront l'étudiant dans sa démarche d'écriture de son mémoire final.

Sur ces deux cycles, nous retrouvons un nouvel apprentissage : langue anglaise professionnelle (UE9 et 26). La plus grande majorité des recherches sont retranscrites ou/et lues (séminaires, symposiums, etc.) en langue anglaise. En fin de terminale, nous rappelons que c'est le niveau C1 qui est attendu. Le niveau retrouvé aux épreuves du baccalauréat du tronc commun est le niveau B2, juste en dessous du C1. L'attendu du niveau C1 est retrouvé chez des étudiants en langue (celle étudiée) et en filière littéraire. Pour cette formation, c'est le niveau B2 en anglais qui est recherché. Une préparation au Toeic pourra être envisagée pour les étudiants ayant pour projet une poursuite d'étude universitaire (UE26). Ce niveau est à valider dans le parcours doctoral. Il le sera par équivalence des ECTS obtenus validant le D.E. L'apprentissage est axé sur le langage professionnel médical, paramédical et de la recherche, écrit, lu et parlé. (Recommandations pédagogiques : *Des enseignements peuvent être mutualisés avec d'autres UE ainsi que le mémoire.*) Lors de l'écriture du mémoire final, un résumé en français et en anglais doit être présenté (UE 28, recommandations pédagogiques).

Les UE 11 et 30 concernent les stages. Un accompagnement en IFMK est proposé pour valider les méthodes de recherche des différents terrains de stage (localisation, service, buts, objectifs, tuteurs, référents, etc.). Le portfolio sera l'outil de récolte et de transmission des données. Le stage 7 de l'UE 30 (cléricat) clôturera la formation « pratique-clinique » de cette formation, et validera l'ensemble des compétences acquises. Ce cléricat de 12 semaines est très souvent positionné sur les mois de janvier à mars de la quatrième année.

Les UE optionnelles 12, 13, 31 et 32 sont fortement recommandées, et très souvent obligatoires.

- UE 12 et 13 : doivent approfondir un domaine de formation ou d'apprentissage professionnels ; mener une réflexion sur l'orientation de ses projets de formation et professionnel ; permettre à l'étudiant de découvrir et de mener une réflexion dans le domaine d'exercice en lien avec son projet professionnel ;
- UE 31 et 32 : doivent appréhender les différentes étapes de la gestion de projet ; concrétiser une initiative innovante et se préparer à être un acteur de projet efficace. La gestion de projet repose sur le travail de groupe.

Par ces UE, c'est la posture du futur MK qui est sollicitée. Il est progressivement accompagné sur les autres actions qu'il pourrait être amené à entreprendre dans sa future vie professionnelle. Un MK pourra être le promoteur de projets d'éducation thérapeutique (UE 1, 19, 20, 24, 25), participer à de la recherche, être expert d'une approche thérapeutique, expert judiciaire auprès des tribunaux, formateurs, membres des différentes instances décisionnaires régulant ce métier. Nous retrouvons là la transférabilité des compétences. C'est la réflexivité de l'étudiant et du futur MK qui est recherchée et sollicitée.

L'UE 28 est l'ultime étape de cette formation. L'écriture du mémoire initiation recherche est l'aboutissement de ces quatre années d'études. Slack (2004), cité par Boulbes³⁸⁸ (2020), considère « également que le mémoire d'initiation à la recherche est une occasion pour l'étudiant d'illustrer les compétences et les connaissances acquises lors de la formation initiale ». Ce mémoire était déjà présent sur la réforme de 89³⁸⁹, mais pas sous le même intitulé.

C'est dès la fin de la troisième année que l'étudiant commence ses premières approches de son futur projet/sujet de recherche. Il prend contact avec un directeur de mémoire qui l'accompagnera jusqu'à la soutenance.

Ce mémoire est défini comme suit : « *S'initier à la production scientifique en réalisant un travail personnel à partir des savoirs disciplinaires et des savoir-faire associés enseignés au cours de la formation* ». Ce mémoire d'initiation à la recherche permet à l'étudiant de commencer à maîtriser l'écriture scientifique. Elle sera sollicitée si l'étudiant poursuit une formation universitaire. Pour Gedda³⁹⁰ (2016), « l'époque où « ce qui n'est pas écrit n'existe pas », les masseurs kinésithérapeutes ne peuvent plus se satisfaire des quelques notes ou fiches de bilan, nécessaires mais insuffisantes parce que ne représentant que le cliché instantané – et donc partiel – d'un chantier en cours, qui ne présage ni relate la construction thérapeutique envisagée, là où précisément s'exprime l'expertise professionnelle ». Il met en avant les bienfaits de l'écrit pour le Mk, « Car, contrairement à ce que craint plus ou moins silencieusement la plupart des MK, dès qu'un kiné écrit sa pratique, il la valorise ». L'écriture est un outil lisible, transmissible, contestable, mais qui acte à un temps T un fait. Pour Clauzard³⁹¹ (2019), l'écrit « Pour l'enseignant, cet outil peut fournir des informations sur la manière dont l'apprenant organise son apprentissage : ses représentations, ses stratégies, ses difficultés, son cheminement cognitif. Pareil outil est un moyen de prise d'information sur l'évolution de l'apprentissage à partir de « traces » de conceptualisation qui s'y développent ».

Chaque mémoire est étudiant dépendant. Son écrit est aussi un outil d'évaluation de l'ensemble des multiples compétences développées lors de l'apprentissage. Il n'est pas réservé qu'à l'université. Il participe bien à la construction identitaire de l'étudiant. Pour Boulbes³⁹² (2020), ce mémoire permet de « construire une identité professionnelle par un enrichissement théorique et une posture réflexive par rapport à une pratique professionnelle afin de développer ses capacités d'analyse, de synthèse, d'objectivation et de conceptualisation. ». Cet écrit participe aussi à faire progresser ce métier. Certains mémoires sont réécrits pour être publiés sous forme d'article (Dans Kiné Actualité, Kiné Scientifique, et.)

Conclusion

L'étudiant trouvera dans cette formation initiale l'empreinte universitaire découverte en première année de formation avant l'entrée en IFMK. Elle est passée d'une formation dite « scolaire » à une

³⁸⁸ Boulbes Q., 2020, « la place du mémoire d'initiation à la recherche dans la professionnalisation de l'étudiant en massokinésithérapie », Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en Massokinésithérapie, IE 28, 2^{ème} cycle 2018-2020, ENKRE, Université Paris-Saclay, Faculté de médecine. p.8

³⁸⁹ Arrêté 5/9/89, « Au cours du parcours de stage, l'étudiant doit réaliser un travail écrit de trente pages dactylographiées maximum se référant à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique, dont le sujet a été covalidé par le directeur de mémoire de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et le référent de stage, à l'issue d'une expérience de son parcours de stages. Sa direction est assurée par le cadre de santé enseignant à l'institut de formation en masso-kinésithérapie, directeur de mémoire.

³⁹⁰ Gedda M., 2016, « L'avenir de la kiné passe par l'écrit », Kinesither Rev, 2016 ; 16 (176-177), 1-4,

³⁹¹ Clauzard P., 2019, « L'écriture à l'université : un outil pour conceptualiser », Education et socialisation, les cahiers du CERFEE, 52/2019, les écrits de travail en formation-Varia, p.13

³⁹² Ibid. 389, p. 7

formation universitaire. Pour Lebeaume³⁹³ (2009), une formation universitaire « valorise donc les compétences de problématisation qui s'opposent à celles de mise en œuvre de solutions préétablies ainsi que les compétences contribuant à la mise en question des allant de soi, des pratiques intuitives voire à la remise en cause des façons de faire installées. Cette fonction critique et cette posture critique prennent corps dans les outils de formation pour le « praticien réflexif » qui représente également « la » nouvelle professionnalité enseignante. ». La recherche d'une réflexivité estudiantine est une des composantes retrouvées de cette formation. L'étudiant accompagné par un tuteur, un formateur ou un autre étudiant la construit pas à pas. Lebeaume³⁹⁴ conforte nos propos par, « la perspective de l'intention critique qui relève d'une formation universitaire non seulement par les savoirs engrangés, mais surtout par la posture critique pour l'analyse des situations complexes conformément aux niveaux I et II des diplômés ».

Pour Lessard³⁹⁵ (2016), c'est l'employabilité qui complète les atouts d'une formation universitaire. Il précise « D'où la place prise dans ces textes par la notion d'employabilité, dont l'une des dimensions, la pertinence des formations universitaires par rapport au marché de l'emploi, recouvre celle de professionnalisation ». Mais il³⁹⁶ émet une remarque critique sur la formation au métier, « la formation au métier étant considérée comme du ressort, non pas de l'université, mais du milieu scolaire, jugé mieux équipé et plus efficace dans l'accomplissement d'une tâche qui apparaît essentiellement comme une double tâche d'insertion professionnelle (au sens de training) et de socialisation (au sens d'intériorisation des normes et valeurs du groupe professionnel), tâche qui ne relèverait pas de l'institution universitaire ». La formation initiale en 1946 était sous un format « scolaire », puis progressivement, dans sa démarche de professionnalisation, elle trouve toute sa place au sein de l'université. Lessard³⁹⁷ émet une hypothèse validant nos propos : « Contrairement à la conception libérale de l'université, qui affirmait une incompatibilité de nature entre formation universitaire et formation professionnelle, la conception de l'université vouée à la science trouve une parenté essentielle entre ces deux types de formation, leur engagement commun dans la recherche scientifique. Cette parenté est d'autant plus forte que la formation professionnelle n'apparaît pas dans ce modèle comme ayant une forte spécificité : elle n'est reconnue que comme lieu d'investissement de la science et de son esprit. » Dans le synopsis de cette formation, l'accompagnement « bienveillant » de l'étudiant est un enjeu pour développer sa réflexivité et son autonomie. Pour Adinda³⁹⁸ (2017), l'aboutissement de l'autonomie des étudiants « est considéré comme un levier de réussite, l'accompagnement des étudiants dans une formation hybride peut se faire par un soutien à l'apprentissage sous la forme d'un accompagnement humain qui devient un élément crucial de la formation et de son ingénierie. » Le binôme étudiant-accompagnateur est retrouvé sur l'ensemble de cette formation. Elle cite Kember³⁹⁹ (1997) qui « suggère que l'approche

³⁹³ Lebeaume J., 2009, « Ce qu'on appelle « formation universitaire. De l'analyse générale au cas de la formation en technologie », 01/03/2009, Dans revue Recherche et Formation, 60/2009, La formation des enseignants, p.41

³⁹⁴ Ibid. 394, p.44

³⁹⁵ Lessard C., Bourdoncle R., 2016, « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? », p.261-290. Dans « la professionnalisation en formation », dir Wittorski R, Edit : Presses universitaires de Rouen et du havre, 308 p.

³⁹⁶ Ibid. 396

³⁹⁷ Ibid. 396

³⁹⁸ Adinda D., et All, 2017, « Les stratégies d'accompagnements vers l'autonomie : le cas d'une formation hybride de réorientation des néo-bacheliers à l'université », Revue Internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur, 33(2)/2017, Varia-automne 2017, [En ligne], 33(2) | 2017, mis en ligne le 15 novembre 2017, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ripes/1232> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ripes.1232>, p.2

³⁹⁹ Ibid. 399, p.5

centrée sur l'étudiant ou student-centered favorise l'autonomisation alors que l'approche centrée sur l'enseignant encourage davantage l'apprentissage en surface ».

Les quatre années de formations apportent un lourd bagage de savoirs, savoir-faire, savoirs-être et de compétences multiples. Ils sont validés régulièrement pour aboutir à l'écrit final : le mémoire. Nous pouvons nous questionner sur la mémoire finale acquise définitivement par l'étudiant. D'après Greta du Veley⁴⁰⁰ (2009), « *Il semble que la plus grande part des apprentissages se déroule généralement de manière informelle. En situation de travail, notamment, c'est surtout suite à de l'apprentissage informel (ou non formel), que se développent les compétences. Différentes études l'évaluent entre 70 % et 80 % de l'ensemble des activités d'apprentissage. Cependant, les théories pédagogiques dérivées de l'enseignement traditionnel ne peuvent pas toujours rendre compte efficacement de ce qui se passe en situation de travail et il n'existe pas de définition unique et complète de ce concept. Elles varient en fonction des lieux dans lesquels il est pris en compte.* » Ce pourcentage de 80 % ne laisse que 20 % pour les apprentissages formels. La place d'un apprentissage non conscient, hors les murs, est avancée par de nombreux auteurs (Baujard (2019), Bézille (2003), Bourdat (2014), Orly 2007). Les travaux de Mc Call⁴⁰¹ (1988) (concept 70, 20, 10) proposent des pourcentages plus fins. D'après leurs recherches, les apprentissages formels ne représentent que 10% de la totalité des apprentissages. Les 90 % restants sont décomposés en 70 % pour les apprentissages informels et 20 % pour les non formels. La place dévolue aux savoirs formels peut poser la pertinence des savoirs institutionnels et de leurs curriculums. Propos appuyés par ceux de Barrère⁴⁰² (2011), « *Le thème des apprentissages informels et de leur validation met lui aussi pour le moment en tension les savoirs scolaires au sens classique du terme, sans en opérer, une réelle redéfinition* ». Ces derniers ne semblent plus adaptés aux réalités de la vie actuelle. Si nous y ajoutons qu'un mois après la fin d'une formation institutionnelle, 80 % du contenu de celle-ci a été oublié (Travaux d'Herbert F. Spiter, 1939), quelle place doit être celle d'une formation ? Les évaluations successives sont-elles rétroactives ou simplement dépendantes de la compétence? Nous notons que l'enchaînement des compétences est proposé de sorte que le passage d'une compétence à la suivante n'est pas une finalité. Il est retrouvé une interchangeabilité et une transervabilité des savoirs sur plusieurs compétences. On retrouve ce même scénario sur plusieurs compétences entre-elles. Ce travail réflexif est accompagné de la notion d'un apprentissage par essai-erreur, régulé par un tuteur, un formateur ou un référent. Pour Blain-Joguet⁴⁰³ (2010), « *En passant à un modèle constructiviste, l'erreur est envisagée comme un élément inhérent au processus d'apprentissage. Elle représente un obstacle à franchir pour comprendre mieux et/ou autrement* ». Le modèle pédagogique socioconstructiviste est le modèle universitaire et retrouvé dans cette formation initiale.

L'apport universitaire, par les évaluations successives, va solliciter régulièrement l'identité professionnelle débutante. Celle-ci est une trilogie composée par : Le programme par compétences, les stages cliniques et la vie d'étudiant. L'étudiant peut se considérer comme un étudiant universitaire, et pour certains comme futur professionnel de santé.

⁴⁰⁰ Greta du Veley, 2009, « *Guide pour valoriser les apprentissages informels* », Apprendre à apprendre, L'Europe s'engage en France, 12/2009, p.3

⁴⁰¹ McCall M., et All, 1988, « *Lessons of Expérience* », Lexitong Press. Il est cité par Jefferson et Pollok (8/07/2014) dans : « *70;20;10* » ; « *Où sont les preuves* », « bien que la phrase n'apparaisse jamais dans le livre. McCall, Lombardo et Morrison souhaitaient comprendre les éléments de la réussite des cadres »

⁴⁰² Barrère A., 2011, « *L'éducation buissonnière-Quand les adolescents se forment par eux-mêmes* », Col : Sociétales, Edit/ Armand Colin, 226 p.

⁴⁰³ Blain-Joguet E., 2012, « *Au cœur de l'erreur* », Dans *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 2012/1, n°141, p.71_73, Edit : Institut Français d'Analyse Transactionnelle, p.71

Après la soutenance de son mémoire d'initiation à la recherche, l'étudiant termine sa formation avec l'obtention d'une double certification : Le Diplôme d'État en Massokinésithérapie et le grade Master. Pour Delarue-Breton cité par Horoks⁴⁰⁴ (2014), « Dans cette mention de master, un cadre commun présente le mémoire comme relevant « à la fois du scientifique (pour ce qui est du genre) et du professionnel (pour ce qui est de son objet : situation, contexte, phénomène étudié). Cette initiation amène les étudiant.es à produire un mémoire de recherche, évalué à la fin de l'année de master 2 ». Elle⁴⁰⁵ rappelle que « L'importance de l'initiation à la recherche a été confirmée par la Loi de refondation de l'école (2013) qui y accorde un bloc horaire spécifique dans toutes les maquettes de formation des masters. » Le débat est toujours ouvert sur l'équivalence de ce D.E. Le CNOMK en date du 07/07/2021 publie : « Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le 17 mai 2021 en présence de Pascale Mathieu la reconnaissance du grade Master⁴⁰⁶ pour les étudiants diplômés d'état de masso-kinésithérapie. Cette annonce a été confirmée par Frédérique Vidal, Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Nous sommes encore en attente de l'arrêté mais nous pouvons d'ores et déjà répondre à certaines questions qui se posent suite à ces annonces ». Nous pouvons nous questionner sur les différences entre grade et niveau master. Nous rappelons qu'en France il existe quatre grades différents certifiant la fin d'un cursus « scolaire et universitaire » conséquent au système LMD : Le baccalauréat, la licence, le master et le doctorat. A chaque titre est attachée une durée, un programme, des compétences sont validés par le ministère de l'Education Nationale (Baccalauréat), et par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche (LMD). Le grade master fait suite au grade licence et valide un niveau d'études à BAC + 5. Il est délivré par l'état. Le titre de Master 2, est un diplôme délivré par les universités de niveau BAC+5. De nombreuses formations ont un grade master correspondant à ce synopsis de formations (Les diplômes d'ingénieur, le diplôme d'état d'architecture, certaines écoles de commerces, etc.). Ce grade permet, par équivalence des 300 ECTS acquis, de suivre une scolarité en École Doctorale. À ce jour, pour le D.E en massokinésithérapie, ce ne sont que 240 ECTS qui sont validés. L'équivalence de ce diplôme est plus assimilable à un niveau Master 1. Certaines universités acceptent d'intégrer les 60 ECTS de la première année en licence pour que l'étudiant puisse déposer une demande d'inscription dans un laboratoire de recherche afin de finaliser un doctorat.

L'étudiant, par cette formation initiale, a tous les outils pour développer son identité professionnelle. Elle évoluera tout au long de sa carrière. De très nombreuses formations professionnelles lui seront proposées. Cette formation continue, tout au long de sa vie professionnelle, est réglementée pour les MK. Par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009, l'obligation d'un Développement Professionnel Continu (DPC) est effective depuis 2013. Elle a été adaptée par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 et est définie par l'article L.4021-1 du code de la santé publique. Elle figure ainsi dans le code de déontologie de la profession de kinésithérapeute au sein de l'article 4321-62. De très nombreux MK orientent le profil de leur activité sur 1 à 2 compétences. Ils se spécialisent sur des domaines très larges (Ex : soit sur des pathologies (Réhabilitation à l'effort chez les BPCO ; soit sur une notion d'âge (Ex : pédiatrie)). Le profil d'une clientèle reflète le profil du MK dans ses compétences « favorites ».

⁴⁰⁴ Horoks J., et All, 2018, « De l'utilité de l'initiation à la recherche en formation initiale en master MEEF 1. Ce qu'en disent les professeur.es des écoles stagiaires », Questions Vives, Recherche en éducation, n°30/2018, les effets formatifs du mémoire en formation initiale des enseignants, Edit : Université Aix-Marseille, p.2

⁴⁰⁵ Ibid. 404, p.1

⁴⁰⁶ Grade master : Décret no 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute conférant le Pour le grade de master

Nous ouvrons des portes sur d'autres recherches, par exemple : que reste-il de l'identité professionnelle issue des IFMK après 5, 10 ou 15 ans dans ce métier ? Étudier les différentes trajectoires des parcours de vie post diplôme sur l'identité professionnelle de ces étudiants qui a été impactée par la crise du COVID, au même titre de tous étudiants et que toute personne de cette même époque.

b- Pour les IFMK et l'université

Nous nous recentrons sur les deux autres acteurs de cette formation initiale. : Les IFMK et l'université. Quels sont les buts, objectifs, modalités et prescriptions obligatoires et attendues pour ces deux entités

b-1 Les IFMK

Au sein de ces établissements, c'est la signature du directeur qui valide toutes les actions de l'institut. C'est après décision validée du conseil pédagogique que cette signature peut-être apposée.

Pour le Larousse, un institut est un « *établissement de recherche scientifique, et d'enseignement.* » Nous pouvons considérer qu'un institut de formation, ici en massokinésithérapie, est un pléonasme. De cette définition, le caractère scientifique est indissociable d'institut. Sémantiquement, l'arrivée de cette formation à l'université en valide le titre. Son rôle est de porter des projets scientifiques dans le but de faire progresser la science. Ici, l'IFMK doit-être en capacité de former des individus aux prémices de la recherche universitaire.

Nous retrouvons 47 IFMK⁴⁰⁷, dont 4 pour déficients visuels, sur l'ensemble du territoire français, DROM-COM inclus, avec des statuts juridiques différents (Établissements Privés, Privés loi 1901 (Associatif), Public-Universitaire). Ils délivrent tous les mêmes enseignements depuis 2015. On y retrouve plusieurs profils de posture d'étudiants : l'étudiant « universitaire » (IFMK public), l'étudiant de l'IFMK (Privé, ou Privé loi 1901), et l'étudiant en CFA inclus dans un IFMK. Pour le premier profil, sa tutelle est le ministère de l'enseignement et de la recherche (MESR), pour le second le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et le troisième le ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Cette complexité administrative impacte modérément le déroulé de cette formation, mais reste une lourde charge aux gestionnaires et administrateurs. Nous notons que, les étudiants en CFA ont des congés payés, et que les autres étudiants ont des congés du calendrier scolaire. Deux autres points, non négligeables sont avancés. Le premier est déjà développé sur les frais de la scolarité, dont sont dispensés les étudiants en CFA (à l'exception des frais universitaires). Le second, ces derniers perçoivent « un salaire », dont les modalités sont calculées en fonction du profil de l'étudiant (reconversion professionnelle, ancien salarié, ou primo arrivant), cela contribue à une qualité de vie estudiantine plus « sereine ». La gestion de ces étudiants reste à la charge de l'institut.

Les dotations aux établissements de l'enseignement supérieur pour la scolarité sont dépendantes des différents profils des étudiants.

⁴⁰⁷ Nombre IFMK Annexe n°13

L'ensemble de ces structures se réfère à : l'Arrêté du 2 septembre 2015⁴⁰⁸ relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015), et aux modifications apportées par l'Arrêté du 17 janvier 2020⁴⁰⁹ relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Pour une meilleure lecture, ne nous citerons que l'année et la page de la référence comme suit :

- l'Arrêté du 2 septembre 2015 : 2015 , p. ; art ; x°
- l'Arrêté du 17 janvier 2020 : 2020, p. ; art ; x°

Avec ce nouveau décret, l'obligation d'une convention tripartite (2015, art.1, p.) entre l'IFMK, une université disposant d'une composante santé et le conseil régional est actée. À partir de 2020 (2020, art.4, 2°), « *En l'absence de signature au 15 mai 2020 d'une convention conformément à l'article 2 du présent arrêté, les IFMK ne sont plus autorisés à accueillir une nouvelle promotion pour la rentrée 2021.* ». Cette injonction ne laisse plus la place à une autonomie totale de certains Instituts (IFMK pour déficients visuels.)

Les IFMK s'engagent dans une démarche d'auto-évaluation du dispositif de la formation (2015, art.1, p.3). Cette nouvelle procédure d'autoévaluation est une nouveauté pour les IFMK. Un des buts de celle-ci est de mettre à disposition pour l'autorité indépendante en charge de l'évaluation auprès du ministère de l'enseignement supérieur, tous les points d'ajustements de cette formation. Cette autorité indépendante se chargeant de l'évaluation (2015, art 1, p.3) de celle-ci pour en proposer et apporter des ajustements et des modifications, ce que l'on retrouvera par l'arrêté de 2020.

Le passage sur quatre années d'études augmente le nombre d'étudiants par et en IFMK. Cela implique une restructuration et des aménagements des locaux (Ex : espaces pour travail personnel), un aménagement des plannings, une recherche et une augmentation du nombre de formateurs, la création de nouveaux postes (Ex : référents pédagogiques des K4, référents universitaires, etc.), de réécrire les modalités de formations, de fournir le portfolio, d'augmenter les partenariats avec les lieux de stages, de siéger en commission et réunions avec les autres acteurs de cette formation, etc. C'est toute l'organisation interne des IFMK qui en est impactée.

Pour les IFMK intégrés au sein des universités, cette adaptation doit correspondre aux disponibilités de la structure universitaire et aux attentes de l'institut de formation. Les partages des locaux, partage des salles de cours, partage de salle de travaux pratiques (TP), travaux dirigés (TD), etc., sont « négociés » par chaque institut. La création d'espaces équipés des outils et des matériels du métier de MK a posé quelques petits dysfonctionnements au départ de cette réforme.

La mobilité des étudiants est aussi à prendre en compte pour les instituts qui ne sont pas intégrés à une université. Les allers-retours IFMK-Université pour certains « cours » posent un véritable « challenge » lors de la confection des emplois du temps.

L'IFMK reste autonome sur plusieurs axes.

- La signature avec une université est étendue à plusieurs universités (2020, art.2).

⁴⁰⁸ Ibid.353

⁴⁰⁹ Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

- L’affichage dans Parcours doit être visible.
- Les différentes admissions et dérogations : admissions post L1 en fonction des places attribuées par IFMK (2020, Art 2), l’ensemble des admissions à titre dérogatoire (équivalence niveau L1, sportifs de haut niveau, certains professionnels en santé par équivalence des ECTS (Titre II, art.25, p.7-8), toute personne en reconversion professionnelle peut déposer une demande d’admission reposant sur une VAE ou VAP certifiées et un entretien, en fonction des places ouvertes sur cette spécificité, les diplômés en massokinésithérapie hors France). Pour les déficients visuels, la première année universitaire est remplacée pour certains par une année de formation-préparation-adaptation (2015, Titre I, art.34). Nous nous questionnons sur la reconnaissance du D.E pour ce public qui n’a pas validé une L1. Seuls les ECTS de la formation en IFMK sont acquis. Nous trouvons là une différenciation de validation universitaire. Le D.E obtenu par ces étudiants est-il de grade Master ?
« Le directeur de l’institut peut octroyer une ou plusieurs inscriptions supplémentaires après avis du conseil pédagogique » (2015, Titre I^{ier}, Art.3, p.3). Il fixe *« La répartition des périodes d’enseignement et de stage »* (2015, Titre I^{ier}, Art.4). Il signe les conventions et les agréments des terrains de stage (2015, Titre I^{ier}, Art.7, p.4) ; Le directeur est responsable de la commission semestrielle d’attribution des ECTS (2015, Titre I^{ier}, Art.13, p.5) ; il valide les passages et les redoublements.
- La responsabilité et la signature des diverses actions de la Commission semestrielle d’Attribution des Crédits (CAC)
- Les frais de scolarité.
- L’intégration sociale de l’étudiant dans le monde professionnel.

La présence des différents acteurs de cette formation, aux seins des instituts, tout au long de cette scolarité, sont autant de temps formels et informels de temps de socialisation de l’étudiant. Celui-ci est au centre de toutes les attentions des différentes personnes de sa formation. A ce titre, dans le décret de 2015 nous les retrouvons sous les intitulés suivants : directeur (19 fois), formateur (12 fois), tuteur (41 fois). Leurs fonctions sont déclinées par : responsable (28 fois), suivre (17 fois), accompagne (4 fois), et accompagnement (7 fois). Le terme « équipe » est retrouvé 32 fois (souvent associé à pédagogique, travail, de recherche universitaire, etc.), « individuel » 38 fois (associé à travail, etc.), et collectif 9 fois (associé à projet, travail, etc.). L’ensemble de ces verbatim positionne les rôles et fonctions des acteurs de cette formation. Il y manque l’ensemble des personnels administratifs qui occupent une large place dans les relations humaines dans et autour des locaux.

Si nous considérons que l’IFMK est une des entités de l’université, pour Lapeyronnie⁴¹⁰ (2006) : *« L’université est une institution qui a pour fonction de socialiser les individus »*. Pour Fray⁴¹¹ (2010), *« L’identité professionnelle serait dans ce cas le sentiment d’appartenance à une profession issue d’une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives. Cette dernière se caractérisant par l’usage de pratiques, de vocabulaires ou de gestes communs »*. Nous avons bien là un cheminement de la construction identitaire professionnelles des étudiants. L’institut n’a pas qu’un rôle de formateur de « gestes ou pratiques professionnelle », mais bien comme accompagnateur dans la construction identitaire d’une personne, avec un axe de professionnalisation. L’identité

⁴¹⁰ Lapeyronnie D., 2022-2023, *« sociologie générale »*, université Victor Segalen Bordeaux 2, faculté des Sciences de l’homme. Département de sociologie, licence de sociologie, année universitaire 2005-2006, p.128

⁴¹¹ Ibid.190, p.16

professionnelle se construit pas à pas avec son identité personnelle. L'IFMK est bien un des acteurs de cette formation identitaire.

Pour conclure, nous constatons que la gestion administrative, au sens large du terme, s'est complexifiée depuis cette réforme.

L'approche pédagogique a été elle aussi étoffée et complexifiée. Pour Hébrard⁴¹² (2019) : « *Comme pour les activités et selon la même logique, le découpage systématique des compétences principales en compétences détaillées aboutit à une longue liste (130 compétences élémentaires) significative de processus de « granularisation de la formation, [...] Mais cela conduit à concevoir des outils très lourds à utiliser et donc finalement peu opérationnels (plus de 300 indicateurs au total pour les 11 compétences* ». Si la pédagogie par compétences n'est pas un obstacle en soi pour les équipes pédagogiques, c'est bien le cahier des charges qui pose problème. Il conclut⁴¹³ : « *le challenge, pour les équipes conduisant ce dispositif, est de parvenir mettre en place un ensemble intégré d'enseignements et d'activités permettant aux étudiants de construire les compétences et la professionnalité propres au métier de MK, et pour cela de trouver un équilibre entre dimensions théorique, technique et clinique de leur formation.* »

La gestion de cohabitation des deux synopsis de formation (1989, 2015) est retrouvée sur 3 promotions (2012, 2013, et 2014). Les promotions de 2012, et 2013 ne sont pas concernées par ce changement. La gestion des redoublements de K3 restera sur le synopsis de formation de 1989. C'est plus la gestion « intellectuelle, de réflexivité et d'adaptation » des formateurs, tuteurs qui est mise à mal. Comment ont-ils « géré et organisé » l'approche éducative entre un synopsis behavioriste (201,2013) et l'approche socioconstructiviste de celle de 2015 ? Puis pour la promotion de 2014, comment valider un redoublement sur deux approches différentes ? Quels sont les outils de concordances et d'évaluation pour créditer l'étudiant d'ECTS qui ne sont pas retrouvés dans sa formation initiale ? Comment et sur quel niveau se fera ce redoublement compte tenu que la première promotion de 2015 n'aura pas terminé son cursus sur 4 ans ? C'est sur cette transition que Gonçalves⁴¹⁴ (2020) constate : « *L'entrée dans une nouvelle organisation met ainsi à l'épreuve l'identité professionnelle et les stratégies de professionnalisation des formateurs qui doivent s'articuler entre leurs projets individuels et les projets de l'institution orientés par les principes de la réforme.* » Cela bouscule la propre représentation de sa fonction « ancestrale » de formateur. Par le concept d'universitarisation de cette formation initiale, il complète ses propos par « *Malgré un rapport majoritairement positif, les formateurs appréhendent une perte de l'autonomie et du rôle propre des MK en tant que soignants ou en tant que formateurs face à d'autres professionnels universitaires ou médecins* ».

La zone de turbulences engendrée par ce chevauchement est maintenant terminée. Chaque IFMK c'est appropriée cette nouvelle formation. Par ces autoévaluations, des ajustements se font aussi en fonction des profils des étudiants des différents IFKM.

⁴¹² Hébrard P., 2019, « *D'une approche programme à une approche compétences : analyse des textes régissant l'ancien et le nouveau dispositif de formation* », p.57-68. Dans « *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie*, Sous la direction de Perez-Roux, l'harmattan 2019, p.62

⁴¹³ Ibid. 414, p.68

⁴¹⁴ Gonçalves P., et All, 2020, « *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* », Savoir, Kinesither Rev, 2021, 21(231) :12-21

Les étudiants déficients visuels ont été aussi concernés par ce chevauchement. Pour ces IFMK « particuliers », Fumeron⁴¹⁵ (2015) précise que « *tous les cours sont considérés comme étant des travaux dirigés, et sont donc, dans leur intégralité, obligatoires* ». Elle précise qu'à partir de « *L'arrêté du 21 décembre 2012, relatif à l'année spécifique aux études en masso-kinésithérapie pour personnes en situation de handicap d'origine visuelle, a donc permis de développer de nouvelles connaissances puisque le programme est fondé sur des Unités d'Enseignement de PACES et de STAPS, mais aussi de disposer de temps pour professionnaliser les outils palliatifs de la déficience visuelle. À nous, Instituts de formation en masso-kinésithérapie, soutenus par le groupe de travail ayant participé à la réingénierie, de travailler de concert avec le ministère de la Santé et le ministère des Études Supérieures et de la Recherche afin que cette année permette l'acquisition de 60 European Credits Transfer System (ECTS). Les étudiants ayant validé au moins une première année de licence en sciences peuvent être dispensés de cette année spécifique, sous réserve d'avoir des outils de compensation adaptés, ce qui nous permet de nous situer dans l'esprit de l'arrêté du 16 juin 2015.*» À ce jour, des négociations sont toujours en cours. L'université n'est pas adaptée pour cet handicap. Cours magistraux en amphithéâtre, pas d'espace dédiés pour les chiens accompagnateurs, présence de très nombreux obstacles (marches, objets de tous genres dans couloirs, objets placés à une mauvaise hauteur, etc.), longues distances entre les IFMK et l'université, font que l'investissement pour accueillir ces étudiants ne serait pas « rentable », mais il pourrait servir d'ouverture pour l'ensemble des personnes déficientes visuelles qui aimeraient poursuivre des études universitaires. Fumeron⁴¹⁶(2015) conclut « *La convention nécessaire à l'universitarisation de la formation devra donc intégrer ces spécificités, de manière à conserver nos particularités, tout en assurant un haut niveau de formation à ces étudiants.* »

L'IFMK est un des 11 acteurs qui valident le D.E. (2015, Art. 19).

b-2 L'université

L'université dispose d'une autonomie de fonctionnement, mais pas de financement. Elle peut-être considérée comme une démocratie spécifique, régie par différents textes de loi (1968 « loi Edgar Faure, 1984 « loi Savary », 2007 « loi LRU Pécresse (loi relative aux Libertés et Responsabilités des Universités) et dernièrement la loi ORE (loi relative à l'Orientation et à la Réussite des Étudiants). Elle encourage le rattachement de certains établissements (Etablissement Public à Caractère Scientifique Culturel et Professionnel : EPCSCP) dont l'ensemble des IFMK. C'est à ce titre que le projet de 2015 a été officialisé.

Pour notre exposé, le terme « université » sera utilisé. Le Président en est son représentant légal. Dans le texte de 2015, il est nommé officiellement, sept fois sous le mot « université » et deux fois sous « Président de l'université ». Il est noté que ce président peut-être représenté par une autre personne (2015, Art.13, Art.19).

L'entité « université », avec une composante en santé, et une des trois composantes de la signature de la convention tripartite pour faire entrer l'IFMK dans le processus universitaire de formation LMD (2015, Art 1^{er}, p.3).

⁴¹⁵ Fumeron C., 2015, « *Réforme de la formation initiale en kinésithérapie : des évolutions en attente pour les étudiants déficients visuels et les étudiants sportifs de haut niveau* », », Savoir, Kinesither Rev, 2015, 15 (167) : 56-64, p.59

⁴¹⁶ Ibi. 456, p.60

Cela implique, en plus de l'inscription dans un IFMK, une inscription administrative universitaire. Cette inscription ouvre les portes de l'ensemble des services proposés par l'Université :

- La bibliothèque universitaire (BU),
- Le restaurant universitaire (Resto U),
- Les mobilités Erasmus,
- La médecine « scolaire universitaire » (Service de Santé Universitaire (SSU) ou le Service de médecine préventive étudiante de l'Université (SUMPPS),
- La carte étudiante (offrant de nombreux avantages avec des partenaires sélectionnés),
- Le Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS, 26 en France),
- Des résidences universitaires,
- L'ensemble des prestations du service commun universitaire d'information et d'orientation (SCUIO),
- L'inscription et l'implication dans différentes associations et syndicats.

L'université apporte l'ensemble de sa méthodologie des enseignements. Le synopsis de la formation initiale en massokinésithérapie est un « copier-coller » de ceux proposés par cette institution. On retrouve trois bras.

- Sa pédagogie : apprentissage par compétences à valider,
- Un calendrier par semestre et par cycle,
- Une validation ouvrant des droits d'obtention d'ECTS, actant un niveau universitaire européen ; permettant le passage à un niveau supérieur et validant une formation qualifiante et diplômante.

On peut y ajouter, pour la formation des étudiants MK, la présence des formateurs universitaires dans les locaux de l'université ou dans ceux de l'institut. Les formateurs « médecins » (généralistes ou spécialistes) sans être attachés à une université, le sont par leurs diplômes universitaires de « docteur en.. »

Pour les IFMK inclus dans l'université, elle met à disposition ses locaux, et l'ensemble des infrastructures pour que la scolarité se déroule le plus confortablement que possible. Elle gère l'ensemble des contrats des titulaires ou contractuels responsables de la formation (Le directeur, les différents dirigeants-référents, les équipes pédagogiques, les équipes administratives, etc.). Elle valide les plannings sur la gestion de mise à disposition des différents espaces de travail. Elle inclut et propose les enseignements mutualisés (SHS, etc.).

Pour les IFMK non intégrés, la faculté met à disposition les enseignements mutualisés. En fonction des disponibilités et des emplois du temps, certains « enseignants-formateurs » universitaires professent directement au sein des IFMK.

Nous retrouvons ce même raisonnement pour les IFMK dédiés aux déficients visuels.

Elle participe aux commissions semestrielles d'attribution des ECTS (2015, Art.13, p.5).

L'université est un des 11 acteurs qui valident le D.E. (2015, Art. 19).

Pour conclure, l'université, avec sa singularité et son autonomie, modifie profondément les structures de la formation initiale des MK, et les modes de fonctionnement des différents IFMK. La

cohabitation chaotique des débuts semble s'atténuer. Certains points ne se résoudre jamais. Pour Gonçalves⁴¹⁷ (2021), « *De plus, pour certains instituts de formation, la distance géographique avec l'université représente une vraie problématique d'universitarisation. En particulier pour les IFMK privés, le changement de gouvernance semble correspondre à une réelle perte de moyens pour les instituts.* » Il cite un de ces témoignages « *Lydie : les moyens de l'université ne sont pas les moyens que nous avons actuellement (...). Je pense que nous n'aurions pas à y gagner (...). Quand je vois les universités avec le peu de moyens qu'ils ont, ça ne fait pas envie* ». La formation initiale des MK demandent une adaptation des locaux et une mise à disposition de l'ensemble des outils professionnels. Si certains n'ont qu'une toute petite valeur financière, certains matériels sont volumineux et très onéreux. L'investissement est donc double : des espaces suffisamment grands (au moins un par niveau) équipés « comme » une structure pilote de ce métier. Au regard des propos tenus, l'université n'est pas prête à investir massivement pour cette formation initiale.

Nous citerons les autres acteurs de cette formation initiale :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS), par sa mission de contrôle sur le fonctionnement des instituts paramédicaux et veiller à ce que les lois régissant ces établissements soient respectées ainsi que mises en application. C'est à ce titre que le Directeur Général de l'ARS et son représentant sont membres de droit de l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut.
- Les régions : Depuis la *loi de décentralisation de 2004*, les Régions ont la compétence des gestions des formations sanitaires et sociales, dont fait partie la masso-kinésithérapie. Ce sont notamment elles qui ont la charge du financement de cette formation (pour les instituts inclus dans l'université), d'attribution des bourses, des indemnités kilométriques et de stage et des conventionnements et gestions des CFA. Deux représentants de la Région sont également présents lors de l'Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut (ICOGI).
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), qui est sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé, qui participe à la gestion de l'offre de soin, réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation. Elle est garante de la qualité des formations délivrées aux étudiants. Elle sert de relai et de médiateur sur des conflits (mauvaise organisation administrative, pédagogique ou de problèmes de communication avec la direction ayant un impact délétère sur le déroulé de la scolarité des étudiants.)

Conclusion

Cette nouvelle formation initiale fait suite à l'ensemble des remontées de tous les acteurs du métier de MK, de l'injonction de la signature au processus de Bologne, et des demandes ministérielles. Des étudiants aux retraités du métier, des différents acteurs des ministères, des organismes de tutelles, des différentes instances ordinales et syndicales se sont mobilisés sur la réingénierie de ce métier. Mathieu⁴¹⁸ (2015) précise que « *la réforme de la formation initiale des kinésithérapeutes est enfin achevée, grâce à l'implication de toutes les instances concernées* ».

⁴¹⁷ Ibid. 415 p.17

⁴¹⁸ Mathieu P., 2015, « *Une formation pour répondre aux besoins de santé des personnes et de la population* », *Kinesither Rev* 2015;15(167):15–17 p.15

L'élargissement des champs d'intervention est un des axes affichés par cette réforme. Elle a pour but de faire sortir le MK de sa « pratique » de cabinet, d'hôpital ou de centre de rééducation, sur un regard plus large comme un des experts des politiques en santé pour la France. Mathieu⁴¹⁹ appuie ces propos par cette remarque : « *Les autres pays étaient dans une vraie dynamique de progrès, pendant que nous étions bloqués dans un programme défini en 1989.* », soit 26 années de stagnation. Gatto⁴²⁰ (2016) positionne cette formation initiale comme : « *La formation initiale des kinésithérapeutes est depuis septembre 2015 une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (quantitative et qualitative), en convention avec l'université et avec la région* ». La « composition » de l'identité professionnelle est pluri axiale. Elle prépare à une posture et à un comportement du professionnel formé. Pour Mulon⁴²¹ (2016), citant Gerardi, « *la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes constitue un temps fort dans la construction de la posture et du comportement des professionnels en situation de soins. [...]C'est essentiellement à partir de ses conceptions de la formation, de l'apprentissage et de l'évaluation que semble se construire l'attitude et la posture de l'étudiant* ». Pour Gedda⁴²² (2015) constate que : « *Bien-sûr, il s'agit d'abord de renforcer, d'approfondir et d'optimiser les processus décisionnels et technologiques contemporains de la prise en charge thérapeutique de l'unicité du patient – qui ne peuvent exister sans être rédigés, et dont le support-modèle reste le cas clinique ; même si par confusion entre validation scientifique et exploitation pédagogique, ce type de littérature demeure encore sous-estimé* ».

L'accès à l'université qui devient une coauteur-coactionnaire-coadministratrice fait changer le paradigme d'apprentissage de cette formation initiale dont l'origine remonte à 1946. Ce nouveau cheminement la positionne comme une des clefs du passage de métier à profession (Au sens de Freidson). Cette formation initiale est dans une démarche de professionnalisation. Pour Wittorski⁴²³ (2006) « *la professionnalisation comme « fabrication » d'un professionnel par la formation et quête d'une légitimité plus grande des offres et pratiques de formation* ». Ici le professionnel est l'entité « formation initiale ». Elle est bien née de sa formation depuis 1946. En complétant ses savoirs et ses savoir-faire, cette formation, portée par l'ensemble de la communauté, a su d'adapter et évoluer à son rythme. Ce dernier (le rythme) a subi des pressions internes et externes, souvent du corps médical, mais n'a pas été un frein à son évolution. L'étape de 2015 augmente ses champs de compétences, et la pousse vers sa réelle autonomie.

À ce jour, il reste une étape à franchir pour avoir un cursus universitaire propre balayant le système LMD. Pour Gedda⁴²⁴ (2015), appuie ses propos : « *En fait, on s'aperçoit vite du rôle stratégique des publications dans cette réforme et dans les perspectives qu'elle dessine. Il faut reconnaître en ce domaine une insuffisance générationnelle, relative aux mécanismes de production de l'information et aux processus éditoriaux, correspondant légitimement au niveau de blocage auquel le précédent format nous plafonnait. Cette indigence n'est plus acceptable au regard des ambitions explicitement déclarées dans les annexes de l'Arrêté portant réforme* ». Cette nouvelle formation prépare les futurs MK à se « lancer » et s'approprier dans, pour et par la recherche afin de continuer l'évolution de ce métier. Pour Boissard⁴²⁵ (2015), les étudiants « *Ils sont aujourd'hui inclus dans un processus de réforme sur le long terme, dans lequel ils sauront s'investir en apportant une vision réfléchie et*

⁴¹⁹ Ibid. 419, p.16

⁴²⁰ Gatto F., 2016, « pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? » ; *Kinesither Rev* 2016;16(180):24–31, p.26

⁴²¹ Mulon M., 2016, « les conditions pour créer une discipline en kinésithérapie. Résultats d'enquêtes », *Kinesither Rev* 2016;16(180):46–50, p.49

⁴²² Gedda M., 2015, « Réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université », *Kinesither Rev* 2015;15(167):1–4, p.3

⁴²³ Wittorski R., 2009, « A propos de la professionnalisation », - Chapitre paru dans JM Barbier, E Bourgeois, G Chapelle et JC Ruano-Borbalan (éd. 2009) *Encyclopédie de l'éducation et de la formation* (p. 781-793). Paris : PUF.

⁴²⁴ Ibid. 423, p.3

⁴²⁵ Boissard C., 2015, « Réforme de la formation en kinésithérapie : évolution du statut des étudiants et de leur participation à la formation ! », *Kinesither Rev* 2015;15(167):65–68, p.67

constructive sur la formation de demain ». Pour Mathieu⁴²⁶ (2015) cette formation initiale devrait pour l'avenir être la base de : « *il faut absolument une recherche en kinésithérapie, une intégration à l'université avec à terme la création d'une discipline, pour effectuer des actes médicaux de kinésithérapie fondés sur les preuves* ».

3- Conclusion

Ce métier né en 1946 a évolué et évolue sous le regard du monde médical. Pour Remondière⁴²⁷ (2018), « *La pratique de la kinésithérapie a évolué sous l'effet de mesures qui lui ont été le plus souvent imposées.* ». Cette « pratique » faisant suite aux apports des différentes formations initiales, la positionne en 2015, comme une des formations universitaires paramédicales.

Cette évolution fait suite à l'inscription de la France dans le processus de Bologne. Nous rappelons que ce processus trouve sa genèse « *le 18 septembre 1988, l'Université de Bologne célébrait son 900e anniversaire. Ce fut l'occasion, pour 430 recteurs et présidents d'Université, de signer la Magna Charta Universitatum et de glorifier l'indépendance et l'autonomie des universités, pour garantir leur adaptation permanente à l'évolution des besoins, aux attentes de la société et aux progrès des connaissances scientifiques* » (Crochet⁴²⁸, 2004). Cette signature engage la France à être un des acteurs de la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur et d'en porter les notifications à l'ensemble des universités françaises. L'harmonisation de ces formations doit se réaliser par la création et l'appropriation du système Licence-Master-Doctorat (LMD) unifié permettant la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs au sein de l'Europe.

Pour les étudiants, les différentes étapes universitaires sont créditées d'ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System). Nous pouvons assimiler ces ECTS à l'Euro (monnaie européenne). Ces ECTS, étant « la monnaie universitaire » unique européenne, permettent à n'importe quel étudiant de valider un niveau universitaire reconnu sur l'ensemble des territoires signataires de ce processus. Elle offre, aussi, la possibilité de suivre une « scolarité » hors pays de résidence principale. Ces ECTS attribués à chaque fin d'un parcours diplômant, valident un grade universitaire et en fin de cycle un diplôme universitaire. Ils contribuent à la poursuite d'études universitaires jusqu'à la thèse.

La formation initiale de 1946 jusqu'à celle de 1989 a emmené ce métier sur sa professionnalisation. Pour Dewey (1938) la professionnalisation : « *elle (Ici la formation initiale) n'est pas le seul mode d'apprentissage, l'expérience l'est aussi* ».

Nous avons mis en avant l'importance des apprentissages informels et non formels de et dans cette formation. Les apprenants y arrivent avec une première image de l'identité professionnelle de leur futur métier. L'apprentissage peut-être défini comme « *Fait d'apprendre un métier manuel ou technique (Le Robert) ; la période pendant laquelle quelqu'un apprend un savoir-faire nouveau et le processus par lequel ce savoir nouveau s'acquiert (Jeanguiot⁴²⁹ 2012); et pour Landsheere (1979) cité par Reboul⁴³⁰ (2010): « processus d'effet plus ou moins durable par lequel des*

⁴²⁶ Ibid. 419, p.16

⁴²⁷ Ibid. 352, p.873

⁴²⁸ Crochet M., 2004, « *le processus de Bologne. L'aboutissement d'un long cheminement* », Dans Etudes 2004/11, Tome 401, p.461-472, Edit. S.E.R, p.467

⁴²⁹ Jeanguiot N., 2012, « *Apprentissage* », Dans les concepts en sciences infirmières, Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.72-74, p74

⁴³⁰ Reboul O., 2010, « *Chapitre II. L'apprentissage* », dans Qu'est-ce qu'apprendre ? », 2010, Col. Education et formation, Edit. Presse Universitaire de France, p.40-75, p.41

comportements nouveaux sont acquis ou des comportements déjà présents sont modifiés en interaction avec le milieu ou l'environnement ». Cette apprentissage métier ne correspond pas aux profils des formés à l'université. Les étudiants se retrouvent face à une double inadéquation : celle de l'image créée et celle des attendus de la réforme de 2015. De notre analyse cette dualité a été exposée par les formateurs, les dirigeants des IFMK ainsi que les MK diplômés.

Wittorski⁴³¹ donne une définition très large de la professionnalisation : « *Le mot professionnalisation est apparu successivement dans des espaces et à des époques variées : entre volonté d'un groupe d'individus partageant la même activité de s'organiser sur un marché libre, intention des institutions de « faire bouger» les salariés de manière à accompagner une flexibilité grandissante du travail et souhait de contribuer au développement des compétences des individus par la formation, tout en augmentant l'efficacité de l'acte de formation* ». Ici le terme « salariés » peut être assimilé à MK. On y retrouve l'ensemble des axes de la professionnalisation de cette formation initiale. Pour Bourdoncle⁴³² (2000), « *la professionnalisation d'une activité repose sur divers dispositifs dont le principal nous semble être l'universitarisation de sa formation professionnelle* ». Nous retrouvons là le binôme Professionnalisation–Universitarisation qui sera développé dans la deuxième partie. Ce positionnement est un des buts de l'entrée à et dans l'université pour cette formation initiale. Les textes réglementaires et « l'injonction du processus de Bologne » ne font que l'accompagner. Ce sont bien, l'ensemble des demandes et exigences du métier, à être accompagné dans ce double processus, que cette formation s'intègrera et deviendra partie entière dans l'université.

Une dernière à franchir, pourrait être celle d'avoir une filière spécifique pour ce métier couvrant l'ensemble du parcours universitaire LMD. Une orientation via la CNU 91 semblerait en être une des clefs. Pour Regnaud⁴³³ (2021), « *Aujourd'hui, les instituts de formation doivent accomplir la petite révolution consistant à passer d'un diplôme d'exercice à un véritable cursus universitaire LMD. Le développement d'une réforme basée sur la recherche est garant de l'excellence professionnelle, dans un contexte de partenariats d'enseignement avec les différentes structures de soin locales* ». Il est rappelé dans le dossier de presse du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche⁴³⁴ (2018) que « *Les professionnels de santé doivent acquérir les compétences nécessaires à l'exercice interprofessionnel, en modifiant en profondeur une organisation aujourd'hui en silos. Tous doivent avoir une formation par et à la recherche pour favoriser la prise en compte des données probantes dans l'exercice de leur métier et leur permettre de participer à la production de savoir. Enfin, les étudiants en santé doivent avoir un accès à toutes les dimensions de la vie étudiante et exercer pleinement leurs droits.* ». Il y est pointé des difficultés rencontrées de la spécificité française. Les évolutions de l'ensemble des partenaires doivent permettre une harmonisation européenne, conformément à l'engagement de Bologne. Ces évolutions pour la France⁴³⁵, « *Elles sont freinées en France par le morcellement du paysage de la formation. Les 25 formations aux métiers de santé sont actuellement organisées dans des lycées, des écoles, des instituts, à l'université, sans lien réel entre*

⁴³¹ Wittorski R., 2008, « *La professionnalisation* », Dans Savoires, 2008/2, n°17, p.9-36, Edit. L'Harmattan, p.11

⁴³² Bourdoncle R., 2000, « *Professionnalisation, formes et dispositifs* », Dans Recherche et formation, n°35, 2000, Formes et dispositifs de la professionnalisation, p.117-132, p. 121

⁴³³ Regnaud J.F, et All, 2022, Dossier « *L'institut universitaire de kinésithérapie de Fontainebleau* », Dans « Etudes de santé. Le temps des réformes », p.406-410, p.409

⁴³⁴ Dossier de presse du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 14 Mars 2018, signé par Buzyn Agnès (Ministre des solidarités et de la santé) Vidal Frédérique (Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation), 24 p., dans édito

⁴³⁵ Ibid. 435, Dans édito

elles, sans guère de mutualisation, et avec très peu d'accès à une activité de recherche ». Pour pouvoir officialiser ces modifications c'est une réingénierie complète de l'ensemble des métiers et des formations initiales concernées (de la rééducation) qui devrait être abordée. Une des étapes serait, après avoir fait un état des lieux de l'existant, de remettre au même niveau toutes ces formations. Mais nous pouvons nous questionner sur la transition entre ces futurs formés et les autres.

Nous ne pouvons pas négliger les faits suivants :

- L'organisation des soins à la française répond à un code de déontologie assurant une égalité de prise en charge sur tout le territoire et une couverture tarifaire identique ;
- La prise en charge des frais médicaux par le système des différentes caisses de sécurité sociale ;
- Les diplômes d'exercices des professionnels de santé ne sont pas des diplômes universitaires (à l'exception du corps médical, des pharmaciens, des dentistes et de sages femmes). La certification du titre Diplôme d'Etat (D.E) n'est reconnue qu'en France.
- Les rémunérations des professionnels de santé libéraux dépendent des différentes conventions professionnelles. Les rémunérations appliquées pour les salariés varient en fonction du diplôme (universitaire ou par assimilation à un titre de grade) et de l'ancienneté.

Années d'études	Diplôme et grade français	Titre certifié et nomenclature européenne
Bac+8	Doctorat	Titre RNCP Niveau 8
Bac+5	Master	Titre RNCP Niveau 7
Bac+3	Licence	Titre RNCP Niveau 6
Bac+2	BTS / DUT	Titre RNCP Niveau 5
Bac	BAC général, technologique ou professionnel	Titre RNCP Niveau 4
Avant le Bac	CAP / BEP / Brevet	Titre RNCP Niveau 3

Tableau n°10 : Répertoire National des Certifications Professionnelles

Cette « révolution » d'une mise à niveau de l'ensemble de ces professionnels aurait et aura un lourd impact sur les finances de l'état. Dans la fonction publique, ces professionnels seraient directement qualifiés comme « cadre de niveau A ».

Dans le monde libérale, l'harmonisation des tarifs impacterait directement les conventionnements avec la sécurité sociale.

Conformément aux textes en vigueur⁴³⁶, ces catégories sont complétées par les notions de Corps, grades et échelons. À ce jour, avec le grade master les places ouvertes et proposées par l'hôpital ne sont pas assimilées au niveau 7 (Cf. grille indiciaire hospitalier de MK⁴³⁷). Le titre de « cadre A » est réservé aux cadres de santé⁴³⁸, qui est un autre métier, aussi ouvert aux MK D.E sur concours et après formation.

⁴³⁶ Service-Public.fr, Catégorie, corps, cadre d'emplois, grade et échelon : quelles différences ? Consulté en ligne : [Catégorie, corps, cadre d'emplois, grade et échelon : quelles différences ? - Ma situation | Service-public.fr](https://www.service-public.fr/cadre-d-emploi/grade-et-echelon)

⁴³⁷ [Grille indiciaire hospitalière : masseur-kinésithérapeute tout grade - fph \(emploi-collectivites.fr\)](https://www.fph.fr/emploi-collectivites/fr). / MK de classe normale, et MK de classe supérieure. Consulté Mai 2023. Site à jour le 9/03/2023

⁴³⁸ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, consulté en ligne (06/2023) sous : [Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/legifrance), Version en vigueur au 1 juin 2023

La proposition de faire entrer cette formation dans le concept d'universitarisation est un véritable enjeu pour ce métier et une grande nouveauté. Pour Bourdoncle (2007)⁴³⁹, l'universitarisation « désigne le processus qui rend universitaires alors qu'elles existaient auparavant ailleurs qu'à l'université ». Il complète sa définition par : « On peut dire qu'il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se trouvent en quelque sorte absorbés par l'université ». Ce processus n'est pas fixe, il est en perpétuel mouvement. Cela se retrouve par les autoévaluations de celle-ci et de la mise à disposition à l'autorité indépendante en charge de l'évaluation auprès du ministère de l'enseignement supérieur, (2015, art 1, p.3). Nous rappelons que les premiers ajustements se retrouvent dans l'arrêté de 2020. Nous pouvons nous questionner sur la définition de ce concept. L'entité désirant « entrer » dans l'université, pour valoriser et compléter son processus de professionnalisation, devra s'approprier l'ensemble des « us et coutumes » de cette nouvelle entité.

L'approche pédagogique « ancestrale » (1946-2014) de cette formation reposait sur la théorie behavioriste et des modalités d'application par projets. C'est l'ensemble de la scolarité française qui est concernée par cette pédagogie. Ce changement de paradigme est pour Jonnaert⁴⁴⁰ (2009) « une véritable révolution paradigmatique ! L'école est installée depuis des décennies dans des approches comportementalistes qu'une pédagogie par objectifs a largement contribué à légitimer ». Les étudiants arrivant à l'université, et, par la validation d'un baccalauréat et d'un parcours en L1, n'ont qu'une année d'adaptation avant de rentrer en formation initiale en massokinésithérapie. La progression universitaire de l'appropriation de cette pédagogie sur les trois premières années de licence en est tronquée. Par ces propos Jonnaert⁴⁴¹ (2009) confirme la place décisionnelle de l'état sur ce changement et non celle des acteurs de ce métier, « Il n'en fallait guère plus pour que les responsables ministériels développent des programmes selon **une logique de compétences** tout en les inscrivant dans un paradigme épistémologique **socioconstructiviste** ».

L'acteur principal de cette formation est l'étudiant, sur lequel se concentrent toutes les attentions de l'ensemble des équipes pédagogiques. Ce dernier doit valider un lourd programme très détaillé.

Ce sont 11 compétences que l'on retrouve, réparties sur quatre années de scolarité. Nous pouvons les regrouper en deux entités différentes :

- Compétences 1 à 5, celles du cœur de métier,
- Compétences 6 à 11, celles de l'exercice professionnel.

Ces compétences interagissent entre elles. Elles se complètent, reposant sur la réflexivité de l'étudiant, qui par des allers-retours d'une compétence à une autre ajuste son raisonnement clinique. Cette démarche réflexive positionnera plus finement sa décision d'approche thérapeutique. Cette réflexivité fait aussi appel aux compétences transversales d'autres métiers.

C'est dans ce corps de métier que l'on retrouve une liste de compétences aussi complète. En regardant plus finement, certaines d'entre elles sont transférables d'un métier à un autre. À ce jour,

⁴³⁹ Bourdoncle R., 2007, « Autour du mot « universitarisation » » Université de Lille III (Profeor), Recherche et Formation, n°54, 2007, p.138

⁴⁴⁰ Jonnaert P., 2009, « Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique », Col : Perspectives en éducation et formation, Edit. De Boeck Supérieur, 100 pages, p.7

⁴⁴¹ Ibid. 439, p.7

elles sont développées différemment au sein des différents espaces de formations. C'est sur les terrains de stage que cette mutualisation est présentée. Le tableau ci-dessous présente le cahier des charges des compétences attendues pour quatre métiers : Les MK, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et les infirmiers. La consultation des programmes de ces formations sert de référence pour les propos avancés ci-dessous.

Tableau 18.2. Les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des infirmiers.

Diplôme d'État (année de parution de l'arrêté correspondant)	Masseur-kinésithérapeute (2015)	Pédicure-podologue (2012)	Ergothérapeute (2010)	Infirmier (2009)
Compétences	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique 2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation 3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage 4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie 5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie 6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie 7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques 9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources 10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs 11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser et évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la pédicurie-podologie 2. Concevoir, conduire et évaluer un projet thérapeutique en pédicurie-podologie 3. Mettre en œuvre des activités thérapeutiques dans le domaine de la pédicurie-podologie 4. Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en pédicurie-podologie et en santé publique 5. Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention 6. Évaluer et améliorer sa pratique professionnelle. 7. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques 8. Gérer une structure et ses ressources 9. Coopérer avec d'autres professionnels 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique 2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement 3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie 4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie 7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques 9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs 10. Former et informer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Tableau n°11 : Compétences de quatre métiers paramédicaux

Nous retrouvons dans les programmes de ces métiers des postures, des raisonnements, des raisonnements cliniques, des actions, des pratiques et des gestes professionnels communs. Nous prendrons comme exemple la « manipulation » (transfert lit fauteuil) d'un patient alité. Pour pouvoir le « manipuler », ces quatre métiers « apprennent » et « appliquent » les mêmes techniques. Des compétences communes opérationnelles sont sollicitées. Elles reposent sur des gestes et postures afin de préserver la sécurité du patient et celle du professionnel. Un second exemple, l'aspiration nasotrachéale est aussi un des domaines de compétences partagées entre les MK et les infirmiers. De ces approches communes, nous pouvons nous questionner sur un apprentissage commun par modules, ou d'une base de formation commune comme le laisse sous-entendre la CNU 91, sur ces approches mutualisables.

L'arrêté de 2015, très dense, est composé de 134 pages avec les annexes. L'ensemble de ces 11 compétences sont détaillées et « fractionnées » en compétences secondaires. La déclinaison en critères, buts, objectifs, critères secondaires, indicateurs, activités fait que ce sont plus de 500 items que l'IFMK, l'étudiant, les formateurs et tuteurs doivent s'approprier. Cette complexité entraîne pour

Hébrard⁴⁴² (2019) une difficulté de mise en application: « *Mais cela conduit à concevoir des outils très lourds à utiliser et donc finalement peu opérationnels (plus de 300 indicateurs au total pour les 11 compétences)* ». Nous pouvons nous questionner sur l'utilité de cette complexité, qui contrairement à l'autonomie et à la réflexivité ne laisse que très peu de liberté (ici l'autonomie) et de choix (la réflexivité) au futur diplômé. Cela est-il aussi l'empreinte du législateur ministériel comme développé ci-dessus par les propos de Jonnaert ? Pourcelot⁴⁴³ (2019) propose que « *Les directions des IFMK et les responsables de formation doivent par conséquent mettre en œuvre des pédagogies innovantes, veiller à l'articulation des enseignements afin de faciliter l'élaboration de liens par l'étudiant, et de favoriser l'alternance intégrative* ». L'autonomie et la réflexivité sont laissées à la charge des instituts. Détricoter cette complexité réglementaire est un vrai enjeu, voire un « casse-tête » permanent pour les équipes éducatives. Il⁴⁴⁴ ajoute que, « *les formateurs, qui eux-mêmes ont construit des modes de transmission plus ou moins en phase avec les attendus de la réforme, doivent gérer ces tensions dans leur activité de formation* ». Gonçalves⁴⁴⁵ (2021) propose que « *Dans ce processus d'universitarisation, il semble donc important de préserver chez les formateurs une identité clinique ou de terrain, plus qu'une identité uniquement basée sur l'enseignement* ». La responsabilité éducative repose sur les « épaules » des instituts, elle en augmente aussi la charge de travail. Les autoévaluations de cette formation (2015, art.1, p.3) la régulent et l'ajustent annuellement. Pour ces autoévaluations, certains instituts se réfèrent au modèle « Qualiopi⁴⁴⁶ ».

La méthodologie d'enseignement, l'appropriation de l'ensemble « des consignes éducatives » et les autoévaluations sur un modèle « Qualiopi » respectées dans les quatre IFMK pour déficients visuels valident le D.E et le grade Master. Cette validation, sans une première année en licence a été actée, directement par le ministère. L'argument avancé a été que : « *pour respecter la validation du D.E pour tous, il ne peut y avoir de différence sur une reconnaissance différente d'un même diplôme* » (propos recueillis le mercredi 1^{er} février 2023 auprès d'une directrice d'IFMK pour déficient visuel).

La notion du Care est aussi une nouvelle approche pour l'ensemble de la communauté des MK. Les travaux d'Eliane Bautzer (2012, 2014, 2016, 2017) présentent cette notion comme la compétence principale chez les infirmiers. La notion du « prendre soin » (Caring) a été développée il y a plus de soixante dix ans⁴⁴⁷. Dans son introduction, Noël-Hureau⁴⁴⁸ (2009) citant Molinier, en propose plusieurs axes, « *ce terme est à la fois un verbe d'action qui signifie « s'occuper de », « faire attention», « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être*

⁴⁴² Ibid. 413, p.62

⁴⁴³ Pourcelot C., 2019, « Devenir masseur-kinésithérapeute dans un moment de réforme : focus sur les étudiants en massokinésithérapie », p.69-80. Dans « *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie* », Perez-Roux, l'Harmattan, p.70

⁴⁴⁴ Ibid. 442, p.79

⁴⁴⁵ Ibid. 415. p.18

⁴⁴⁶ Au 1^{er} janvier 2022, la certification qualité est obligatoire pour tous les prestataires d'actions concourant au développement des compétences qui souhaitent accéder aux fonds publics et mutualisés ; la marque Qualiopi concerne donc tous les prestataires, y compris les formateurs indépendants, dispensant des actions : de formation ; de bilans de compétences ; permettant de faire valider les acquis de l'expérience, de formation par apprentissage. Cette certification est valable 3 ans. Loi « Avenir professionnel », Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018, Art.6 : obligation de certification par un organisme tiers

⁴⁴⁷ Rothier-Bautzer E., 2014, « *Care et profession infirmière* », Dans Recherche et Formation, 76/2014, Care et profession de santé, p.93-106, « *Le cas paradigmatique de la relation entre care/caring et la profession d'infirmière illustre ces mutations en cours depuis la seconde moitié du XXe siècle* », p.94

⁴⁴⁸ Noël-Hureau E., 2009, « *Le care : un concept professionnel aux limites humaines* », Dans Recherche en Soins Infirmiers, 2015/3, n°122, p.7-77, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.8

rendu en français par soin, attention, sollicitude, concernement ». Cette nouvelle notion « centrée » sur le patient, et non sur une pratique ou un geste professionnel, participe à part entière au changement de paradigme des actions médicales. Celui-ci se retrouve, dans le domaine bio-psycho-social. Nous retrouvons un parallèle entre la posture du patient et celle de l'étudiant. Le patient est le centre de sa thérapeutique, comme l'étudiant est au centre de sa formation. Nous retrouvons là deux entités différentes « travaillant » ensemble. Ces deux parties sont auteurs de leurs implications thérapeutiques.

Le cadre, qui se dessine par ce premier chapitre sur l'identité professionnelle en construction au sein des IFMK, repose sur un double questionnement. Comment adapter un changement paradigmatique tout en gardant une identité professionnelle propre au métier de MK ? Et, comment ce métier peut-il s'approprier une autonomie complète alors que celle-ci est encore subordonnée par le monde médical prescripteur de certaines de ses actions ?

À ce jour, il n'y a pas d'interdiction de professer comme MK hors convention. Par exemple, de nombreux MK sont reconnus pour leurs compétences comme formateurs, comme experts judiciaires, comme représentants syndicaux ou ordinaires, comme « soignants » (dans des clubs sportifs). Une certaine « vraie » autonomie y est retrouvée. Le champ massokinésithérapie du non prescrit s'élargit. Nous rappelons qu'un MK est reconnu comme éducateur sportif⁴⁴⁹. Après formations, il peut-être officier comme kiné-ostéopathe, comme cadre de santé, et sur une longue carrière comme expert dans un domaine de compétence. L'ensemble de ces fonctions ne sont pas mises en avant sur les sites de présentation des IFMK. On n'y retrouve que la définition du texte de loi⁴⁵⁰ : « *Un MK est un professionnel de santé, le Mk met en œuvre la rééducation des troubles du mouvement, des troubles de la motricité, des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. La pratique de la kinésithérapie comporte également la promotion de la santé, la prévention et le diagnostic kinésithérapique, ainsi que la dispensation d'activité physique adaptée. Le MK peut aussi intervenir dans le domaine du sport et de la prévention. Lorsqu'il s'agit d'un but thérapeutique, le MK exerce sur prescription médicale. Les séances de rééducation, prescrites par un médecin, sont remboursées par la sécurité sociale* ». L'identité professionnelle évoquée n'est pas complète.

Nous pouvons en faire ressortir une identité professionnelle comme suit :

Elle se repose sur un métier non généré, à trois bras.

Le premier est destiné aux soins prescrits et réglementés.

Le second est tourné comme acteur et promoteur en santé.

L'autonomie est plus retrouvée sur le deuxième bras.

Le troisième, à cette identité professionnelle institutionnelle nous pouvons y ajouter les fonctions décrites ci-dessus et non retrouvées dans la définition.

Cette formation initiale « formate » les étudiants que sur les deux premiers bras.

Pour compléter cette première approche sur la construction identitaire professionnelle de ces formées, nous aborderons dans le second chapitre les contours de notre cadre théorique. Nous mobiliserons différents concepts et approches : l'universitarisation et la professionnalisation, qui compléteront celles de l'identité, de l'identité professionnelle, de l'université et de la formation initiale.

⁴⁴⁹ CNOMK, [Demander sa carte d'éducateur sportif – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes \(ordremk.fr\)](https://www.ordremk.fr/), et

⁴⁵⁰ Ministère de la santé et de la prévention, Masseur-Kinésithérapeute, mise à jour le 20/02/2023, sous [Masseur-kinésithérapeute - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/masseur-kinésithérapeute)

Nous rappelons que notre problématique repose sur ce constat :

La tutelle universitaire sur la formation initiale des MK, pour être conforme aux directives européennes, en se confrontant à une ancienne formation initiale professionnelle, est un véritable défi pour celle-ci. Ces deux entités doivent s'accorder sur l'approche pédagogique proposée sans en perdre leurs propres identités pour développer une nouvelle identité professionnelle. Quel est le plus petit dénominateur commun qui pourrait diminuer les conflits retrouvés.

Notre problématique :

Le processus d'universitarisation de la formation initiale en massokinésithérapie positionnera l'identité des futurs diplômés sur une identité d'étudiants universitaires, en faisant abstraction de celle développée depuis son origine : l'identité professionnelle.

Deuxième partie

Introduction

Dans la première partie, nous avons retracé l'évolution de la formation initiale en massokinésithérapie. Ceux-ci sont un système complexe d'interactions de nombreux acteurs. La présence du monde médical reste un point important comme « coauteur-gestionnaire » de cette formation.

La dernière réforme de 2015, a placé l'étudiant au centre de celle-ci. Son identité professionnelle en est fortement modifiée par rapport à celle des réformes précédentes.

Nous avons avancé les mutations engendrées par les différentes réformes, positionnant l'étudiant comme agent de sa formation et de son métier jusqu'à une double posture d'acteur-d'auteur dans sa formation et dans son métier.

Ce changement postural ne peut s'effectuer seul. Il est accompagné par une professionnalisation des acteurs de cette formation (formateurs, tuteurs, équipe pédagogique), des infrastructures et des moyens d'apprentissage. Cette dernière réforme met en avant la place de nouveaux acteurs (les régions, l'université, des universitaires), un changement de modèle pédagogique (par compétences) et une universitarisation de cette formation en relation avec une professionnalisation de celle de l'université.

C'est à ce titre que ce chapitre posera le cadre théorique en explorant les concepts suivants :

La formation initiale, l'université et l'universitarisation, la professionnalisation, l'identité et l'identité professionnelle. Cela nous emmènera à notre problématique, notre question de départ, et sur les hypothèses de recherche.

1- La formation initiale

Nous commencerons par une approche des mots formation, initiale et formation initiale. Ce terme formation initiale peut-être d'un abord assez simple, mais il engendre une complexité de différentes interactions. Le regroupement de ces deux termes, laisse apparaître le début d'un parcours, qui pourrait être complété ultérieurement.

1-1 La formation

Pour Le Larousse, c'est une « *action de former ; manière dont quelque chose se forme ; processus entraînant l'apparition de quelque chose qui n'existait pas auparavant ; action de former quelqu'un intellectuellement ou moralement ; action de donner à quelqu'un, à un groupe, les connaissances nécessaires à l'exercice d'une activité* ». Nous compléterons cette définition par celle du dictionnaire de l'Académie Française : « *former à une éducation intellectuelle et morale, action de donner ou d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice d'une activité déterminée* ». L'Insee propose une définition dont : « *une formation est une forme d'apprentissage à la fois organisé et institutionnalisé. Cela impose l'existence d'une relation formalisée, telle qu'une interaction élève-enseignant* ». Nous retrouvons là un processus de construction de nouvelles compétences afin de pouvoir exercer une nouvelle activité.

Nous pouvons en proposer une comme suit :

« Une formation est un espace temps choisi, d'interactions entre une personne désirant construire de nouvelles compétences et une structure pouvant mettre à disposition par contrat les apports de cette construction demandée. »

Nous pouvons constater la présence d'une notion de temps. Une formation a une date de début et une de fin. Il n'est pas fait mention d'un quelconque diplôme. Elle est régie par un calendrier. C'est un processus d'actions programmées et respectant une progressivité.

Pour Goguelin⁴⁵¹ (1994) citant Valter, une formation est « *l'ensemble des actions capables de mettre les individus et les groupes en état d'assurer avec compétences leurs fonctions actuelles ou celles qui leurs seront confiées pour la bonne marche de l'organisation* ». Pour Fabre⁴⁵² (1992), « *elle s'étale dans la durée : formation initiale, continue, bref permanente* ». Cette formation peut donc être commencée sans tenir compte d'un âge d'entrée. Fabre nous fait remarquer qu'il y aurait une chronologie dans un parcours de formation. Il⁴⁵³ complète ses propos par un constat, ce terme est étroitement lié au verbe d'action « former » ou « se former », « *Former (comme processus) c'est toujours former quelqu'un à quelque chose et pour quelque chose* ».

Entrer en formation est donc un choix personnel. Mais, certains répondent à des commandes institutionnelles. Un employeur peut « exiger » qu'un employé, ou un « groupe d'employés » se forment, soit pour modifier des processus de production, soit pour accompagner une évolution de carrière. Cette formation subie, et non choisie, peut-être un obstacle ou un frein sur la motivation propre à chaque « formé ». Nous constatons des objectifs différents entre le formé, le formateur et l'employeur.

⁴⁵¹ Goguelin P., 1994, « *Chapitre premier -Le concept de formation* », Col. Le Psychologue, Edit : Presse Universitaire de France. Dans la Formation continue des adultes, p.9-19, p.11

⁴⁵² Fabre M., 1992, « *Qu'est-ce que la formation ?* », Dans Recherche et formation, n°12, 1992, « *le mémoire professionnel* ». p.119-134, p.119

⁴⁵³ Ibid. 453, p.120

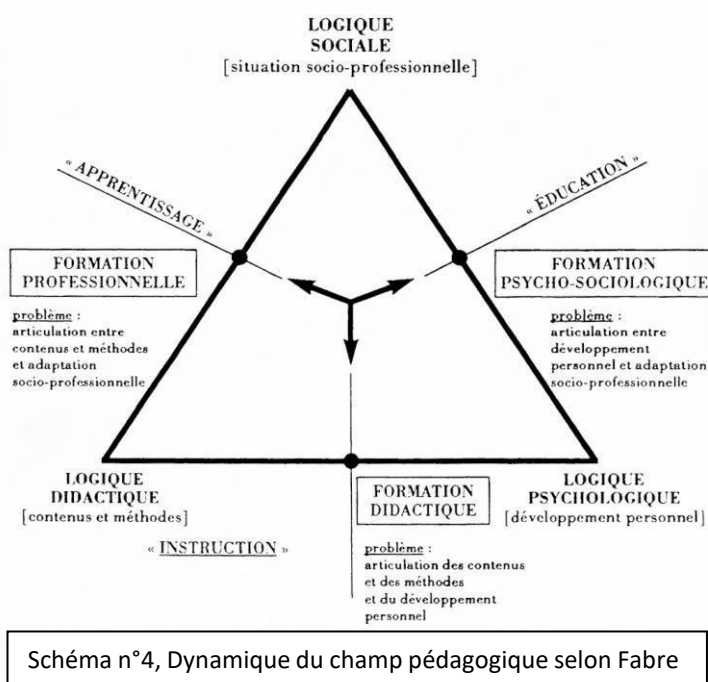
- L'employeur est dans une demande et une recherche d'une meilleure employabilité du formé. Il recherche un changement d'efficacité du rendement/coût de production. Cela peut-être un véritable frein pour le formé.
- Le formateur est dans une commande de transformation de l'identité professionnelle. Les modifications proposées reposent sur « les nouvelles fonctions » demandées par l'employeur.
- Le formé est dans la découverte de sa future posture. Cela implique une remise en question de sa propre identité personnelle avant d'affecter les modifications de son identité professionnelle.

Tout au long de sa formation initiale, l'étudiant sera face à un calendrier d'apprentissages, celui-ci alternant cours magistraux, travaux pratiques, travaux dirigés et stages cliniques. Cette alternance permet de confronter les apports théoriques aux approches thérapeutiques. Nous rappelons qu'après l'obtention du D.E les MK sont astreints⁴⁵⁴ à une formation continue (DPC). L'identité professionnelle se construit par « tâtonnement » tout au long de la vie.

Une formation implique de nombreuses transformations du « formé ». Notre étudiant en IFMK complètera ou modifiera les représentations informelles acquises avant l'entrée en formation (initiale). Ces dernières sont définitivement incluses comme « prérequis » pour entrer en formation. Propos appuyés par Garnier⁴⁵⁵ (2018), « *Cependant, il est possible d'avancer que les apprentissages*

informels sont devenus incontournables dans la conception des parcours de formation, de la petite enfance à l'âge scolaire et tout au long de la vie et ce, non seulement en France, mais dans tous les pays qui ont institutionnalisé une forme scolaire à l'époque moderne ». Cette dernière réforme ne repose plus que sur les apprentissages formels retrouvés en PACES. L'étudiant les aura construits au regard d'interactions des moments de sa vie personnelle.

La progression de la formation va perturber les trois profils du champ pédagogique de formation proposés par Fabre⁴⁵⁶. Il en propose une approche sous de « multiples visages, chacun selon sa logique dominante. On parlera de formation professionnelle, de



⁴⁵⁴ DPC, Parues au Journal Officiel n°0292 du 17 décembre 2015, Le point sur : les orientations nationales de DPC (agencedpc.fr)

⁴⁵⁵ Garnier B., 2018, « L'éducation informelle contre la forma scolaire », Dans Carrefours de l'éducation, 2018/1, n°45, p.13-21, Edit : Armand Colin, p.20

⁴⁵⁶ Ibid., 453, p.120

formation psycho-sociale ou de formation didactique, selon qu'il s'agit plutôt de préparation au métier, de développement personnel ou de construction de savoir ». Il⁴⁵⁷ précise qu' « *une formation se constitue donc en articulant deux logiques (une dominante et une dominée), la troisième restant en marge* ». La formation étudiée pour notre recherche se retrouve dans les formations professionnelles. A ce titre, elle sera la « logique » dominante. Elle sera complétée par le binôme construction de savoirs-développement personnel. Ce binôme est indissociable et correspond à la logique dominée. Mais nous notons qu'il y a une vraie synchronisation de l'ensemble de ces logiques. Elles interagissent et progressent l'une par rapport à l'autre. La logique professionnelle par les apprentissages théoriques et pratiques contribue à la construction de savoirs professionnels, cela engendre le développement d'une posture personnelle. Cette dernière se « transformera » en posture professionnelle. Nous abordons ici, la complexité de l'identité professionnelle. En formation, celle-ci est constamment modifiée, ajustée ou complétée. Elle est dépendante des différentes postures des formateurs, de la formation et des circonstances de la formation. Pour Fray⁴⁵⁸ cette identité professionnelle « *évolue donc dans le temps. Elle est sujette aux changements et aux évolutions imposées par l'entreprise et son environnement économique, mais aussi par l'individu lui-même. Nous ne pouvons donc parler de l'identité professionnelle comme d'un état figé ou immuable. Au contraire, le processus est durable et subit une actualisation incessante par l'interaction de différents facteurs et individus. L'identité s'adapte aux contextes et aux expériences de l'individu* ». Le trio proposé par Fabre peut être retrouvé. La figure dominée est en alternance du développement personnel et de la construction de savoir. La figure restant en marge est, elle aussi, basée sur la même alternance. Une fois l'acquisition d'un savoir construit, celui-ci se retrouve à la marge. C'est le développement personnel qui devient la figure dominée. À chaque acquisition, nous retrouvons une alternance dans ce binôme développement personnel-construction d'un savoir. L'étudiant en est-il conscient ? L'accompagnement des étudiants, par des étudiants, des tuteurs, des pairs, ou des experts est un des outils pour que celui-ci s'approprie une compétence. Nous pouvons valider que la nouvelle pédagogie appliquée au sein des IFMK s'appuie sur la trilogie proposée par Fabre.

En conclusion, une formation est une approche d'apprentissages désirés, organisés, ciblés et institutionnalisés. Elle repose sur une qualification à atteindre. L'apprenant doit avoir l'intention d'évoluer ou de changer ses représentations, souvent professionnelles. Son identité professionnelle sera soit complétée, soit ajustée ou modifiée. Dans le cas d'une reconversion professionnelle, l'ancienne empreinte d'une identité professionnelle devra être mise en sommeil pour laisser la place à celle du nouveau métier. Ce dernier profil est retrouvé au sein des 4 IFMK pour malvoyants. Fumeron⁴⁵⁹ rappelle que « *Du fait de la grande disparité de l'âge d'apparition de la déficience visuelle, nous avons donc des étudiants avec une réelle hétérogénéité, allant du plus jeune (18 ans durant la première année de formation), directement entré dans l'institut après le baccalauréat, jusqu'à des étudiants ayant entre 40 et 50 ans, après un parcours professionnel qu'ils ne peuvent poursuivre en raison de l'apparition ou de l'aggravation de la déficience visuelle* ». Ce constat est un double enjeu pour « l'étudiant » et l'IFMK. Il n'est pas retrouvé d'homogénéité des étudiants. Cela peut être un obstacle pour les « formateurs, comme pour le groupe étudiant, ou comme une richesse. Ces derniers arrivent avec des prérequis informels, ou non formels, par leurs parcours de vie médicalisés. De très nombreux d'entre eux ont eu des séances de rééducation pour une baisse

⁴⁵⁷ Ibid., 453, p.122

⁴⁵⁸ Ibid., 189, p.79

⁴⁵⁹ Ibid., 416, p.58

d'acuité visuelle. Cette formation peut-être considérée comme une formation pour adulte. Pour L'OCDE⁴⁶⁰, « *investir dans la formation pour adultes est essentiel pour actualiser les compétences de la main-d'œuvre et les aligner sur les besoins du marché du travail. Un certain nombre de tendances marquées à l'échelle mondiale confirment que continuer à apprendre à l'âge adulte est essentiel pour permettre aux économies et aux sociétés des pays de l'OCDE de s'adapter en vue de relever les nouveaux défis et d'exploiter de nouvelles possibilités.* » Se reposant sur l'origine de ce métier, cette formation pour adulte est considérée comme un binôme formation initiale-formation pour adulte. La forte demande de professionnels de santé peut encourager certaines personnes avec cette déficience, à se reconverter sur ce métier. Les limites de l'inclusion au sein d'une université ont été décrites dans le premier chapitre. Nous rappelons qu'à la fin des études, ces étudiants valident le même D.E que les autres étudiants issus des autres IFMK français.

Pour appuyer nos propos sur la formation, qui est une étape dans la vie de chacun, nous terminerons par les paroles de Beckers⁴⁶¹ (2004) : « *Certes, la construction identitaire est un processus en partie individuel, lié, on l'a déjà évoqué, à l'histoire de l'individu et notamment à sa trajectoire sociale et à son positionnement social actuel. Il s'agit là de ce que Dubar (2000, p. 11) nomme « socialisation biographique » ; elle construit une bonne partie de l'identité pour soi.* »

1-2 Initiale

Définitions

Pour Le Larousse, se sont deux fonctions différentes : un nom commun féminin, et un adjectif.

- Pour le nom commun : c'est la première lettre d'un mot.
- Pour l'adjectif : qui est au début, qui commence.

Pour le dictionnaire de l'Académie Française, on retrouve la même définition pour le nom commun féminin. Pour l'adjectif : Qui est au commencement, qui marque le commencement. Pour le dictionnaire en ligne La Langue Française (LLF), adjectif qui marque un commencement, qui marque l'origine de quelque chose, qui existe, qui est concomitant au début de quelque chose pendant une certaine durée, c'est une période, une phase, la première étape.

Nous pouvons proposer comme approche :

« L'adjectif « initial » adossé à un nom commun lui en donne le sens de : premier. Cette primeur fait qu'il n'y avait rien de construit avant. C'est le début d'acquisitions d'un nouveau système complexe. Cette nouvelle approche respectera un calendrier défini dans le cahier des charges adossé à cette nouvelle construction. »

⁴⁶⁰ OCDE 2022, Regards sur l'éducation 2022, Les indicateurs de l'OCDE, p. 118

⁴⁶¹ Beckers J., 2004, « *Comment amorcer la construction identitaire d'un praticien réflexif par la formation initiale ?* », Recherche et Formation, 2004, Vol.46, p.4

« Initiale » comme adjectif, ne peut être employée seule . Il est très souvent adossé à un nom commun. Pour notre sujet, il est attaché au mot formation. Cette terminologie de « formation initiale » sera explorée sous le paragraphe suivant. Nous retrouvons comme synonyme d'initiale, le verbe « initier », l'adverbe initiatique et le nom commun d'initié.

Cette notion de « primeur », peut-elle être considérée comme « un rite de passage » ou comme « un rite initiatique », pour entrer dans le monde des étudiants et/ou de la massokinésithérapie et/ou celui d'adulte ?

- Un rite initiatique est très souvent une obligation, ou fortement conseillé. C'est un moment « choisi », par les futurs initiés, d'une passation d'habitudes, de postures, de savoirs, de savoir-faire, d'idéologie entre des individus d'un même groupe. Souvent c'est un temps pour pouvoir être considéré comme adulte, qui fait suite à une adolescence. Lors de l'entrée en formation au sein des IFMK, un weekend d'intégration est proposé aux étudiants de première année. Ils sont « pris en charge » par des étudiants de seconde, troisième et quatrième année. Le déroulement de ces journées est devenu un véritable moment d'intégration, un véritable rituel. Nous ne pouvons pas acter si cela est du domaine d'une intégration comme étudiant ou comme MK. Ces journées complètent l'incorporation au groupe « classe », comme au groupe « institut ». Cela participe à la création d'une double identité, celle d'être étudiant et celle d'être Mk en devenir. Nous rappelons les propos de Guyet⁴⁶² qui considère cette étape comme « *une adolescence professionnelle* » soumise à une crise identitaire. Elle en précise que : « *nous pouvons dire que l'adolescence professionnelle correspond à la mise en place d'une personnalité professionnelle non encore constituée* ». C'est le début de la construction d'un corps de métier. Une identité commune y est recherchée. Celle-ci commencera à se structurer lors des diverses interactions sociales formelles et informelles entre les divers acteurs de cette formation.
- Un rite de passage, est un moment obligatoire afin d'évoluer, de progresser et d'être considéré comme inclus dans une « caste » supérieure. De son origine, il était fortement attaché à une croyance. Cela marque la fin d'une étape et le commencement d'une suivante. Il y a une redéfinition de la place sociale de l'individu au sein d'une communauté, au sein de sa communauté. On peut le retrouver tout au long de la vie (passage à l'adolescence, passage à l'âge d'adulte, passage à la retraite).

Pour Ahovi⁴⁶³ (2010), elle soulève un frein à cette pratique, « *ces rites de passage ont un côté contraignant qui est intériorisé par les individus. Cette contrainte peut être source de difficultés psychiques identitaires ou non si le rite de passage n'a pas été accompli conformément à la prescription culturelle, si la séparation n'a pas été suivie au bon moment d'une agrégation réconfortante, ou si le statut auquel il permet d'accéder n'est pas publiquement reconnu dans la société d'accueil* ». Un équilibre doit être trouvé entre les différentes représentations afin d'arriver à l'objectif proposé et visé. Elle le positionne sur trois fonctions, « *les rites de passage remplissent trois fonctions qui correspondent à leurs trois aspects : un aspect sociologique, un aspect psychologique et*

⁴⁶² Ibid. 335, p.37

⁴⁶³ Ahovi J., et All, 2010, « Rites de passage et adolescence », Dans *Adolescence*, 2010/4, T.28, n°4, p.861-871, Edit : Editions GREUPP, p.862

un aspect religieux. ». L'aspect religieux n'est pas retrouvé chez les étudiants MK, nous rappelons que l'action thérapeutique des soignants est laïque.

Pour Belmont⁴⁶⁴, Les rites de passage « *sont les rites qui accompagnent les changements de lieu, d'état, d'occupation, de situation sociale, d'âge. Ils rythment le déroulement de la vie humaine, « du berceau à la tombe* » ». Nous touchons là la notion de progression dans le temps. A chaque étape de la vie certaines « coutumes, habitudes ou rituels » accompagnent la personne. Notre étudiant en IFMK sera « confronté » à la validation de ses savoirs informels. La notion de contrainte exposée ci-dessus peut « ralentir » les représentations institutionnelles. L'identité professionnelle devra s'adapter par paliers. La formation professionnelle tout au long de la carrière professionnelle, conformément à l'arrêté du 26 février 2013 (DPC), accompagnera le professionnel dans sa construction identitaire. Certains deviendront experts du métier, experts d'une des spécialités du métier. Nous retrouvons là le continuum décrit par Belmont.

Leneveu⁴⁶⁵ (2013), expose que « *Les rites de passage s'emploient à séparer des individus ou des groupes d'un statut pour les agréger à un autre* ». Cette mutation est double pour les étudiants en IFMK. Elle met en relation le couple étudiant universitaire-étudiant en massokinésithérapie. Notre recherche devrait mettre en avant que cette posture évolue sur les quatre années de formation, et qu'elle contribue à la construction identitaire professionnelle. La posture d'étudiant universitaire laisse place à celle de futurs MK. Leneveu⁴⁶⁶ rappelle que ces rites de passage « *permettent à l'individu d'endosser publiquement un nouveau statut et d'investir le rôle qui lui est lié. Ils instituent en donnant légitimement, à celui qui l'effectue, une nouvelle place dans la société articulée à une identité inédite investie de nouveaux codes à suivre. De cette manière, ils autorisent le sujet à se positionner et à assumer ses racines culturelles. En faisant accéder à une identité sociale et personnelle, ils remplissent une fonction hautement symbolique à caractère fonctionnel* ». Nous pouvons ajouter que ce rite de passage pour les étudiants MK est une des pierres de la construction identitaire personnelle, professionnelle et du groupe professionnel d'appartenance.

Par les propos de Cros⁴⁶⁷ et ALL. (1996), les auteurs font une distinction entre le rite de passage et le rite initiatique : « *le « rite de passage » se distingue du « rite initiatique » en cela qu'il marque une étape dans la vie d'un individu, tandis que le rite d'initiation marque l'incorporation d'un individu dans un groupe social ou religieux. Les rites de passage permettent de lier l'individu à un groupe, mais aussi de structurer sa vie en étapes précises qui lui permettent d'avoir une perception apaisante de la condition mortelle de l'homme. Ce phénomène est donc un enjeu important pour l'individu, pour la relation entre l'individu et le groupe et pour la cohésion du groupe.* »

Ce que nous pouvons ajouter, pour les étudiants en formation au sein des IFMK, est que cette étape rituelle peut être considérée comme à la fois un rite de passage et un rite initiatique. Nous retrouvons bien l'ensemble des critères énoncés par les différents auteurs. L'articulation entre ces

⁴⁶⁴ Belmont N., 2023, « *Van Gennep Arnold (1873-1957)* », Encyclopaedia Universalis en ligne, consulté le 31 Mai 2023

⁴⁶⁵ Leneveu M.C., 2013, « *Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage* », Ethique et Santé 2013, 10, p. 66-69, Edit : Elsevier Masson, p.67

⁴⁶⁶ Ibid. 466, p.67

⁴⁶⁷ Cros M., Dory D., 1996, « *Terrains de passage* » : Rite de jeunesse », Edit : l'Harmattan .p.47.

deux approches, positionnera l'étudiant sur une recherche perpétuelle d'équilibre. Ce double rite s'étalera sur l'ensemble de la scolarité. Les journées d'intégration décrites ci-dessus « profitent » aussi bien aux étudiants de seconde, troisième et quatrième année. L'identité professionnelle se construit de ces moments, bien loin de l'institut de formation. Ce rite fait partie intégrante de la place sociale de l'étudiant néophyte de première année à celle retrouvée comme expert des quatrième années. Ces étudiants en fin d'études seront des novices dans les tous premiers temps dans la fonction de MK diplômé. Nous pouvons constater que le processus de formation positionne un étudiant, selon des rites et coutumes, comme novice à expert. L'arrivée dans le monde professionnel repositionne le nouveau formé comme novice, mais sur une autre échelle de valeurs, de compétences, de savoirs et savoirs faire. La professionnalisation institutionnelle est la première étape de la professionnalisation du MK. Ce concept sera abordé dans le chapitre suivant. Nous pouvons acter que l'empreinte universitaire n'est pas retrouvée sur ces rites. Nous les retrouvons sur de très nombreuses formations professionnelles, ou à l'entrée de ces diverses formations.

1-3 La formation initiale

Définitions

Pour l'OMS⁴⁶⁸ (2015), la formation initiale est un : « *Apprentissage visant à préparer à des fonctions futures, par exemple, comme médecin ou infirmier. Cette formation fournit à l'étudiant de nombreuses connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour l'exercice de son rôle futur, à partir desquelles il pourra plus tard sélectionner ce dont il aura besoin dans une situation concrète. La formation initiale se déroule le plus souvent dans des écoles et des universités (par exemple, écoles de médecine, d'infirmières, de sages-femmes)* ».

Les dictionnaires français ne proposent pas de définition de ce terme complexe. On la retrouve plus dans le monde professionnel. Les différentes approches font un lien entre formation initiale et formation professionnelle.

Pour l'Institut de Préparation à l'Administration Générale (IPAG) (2012), « *les formations dites « initiales » sont des cursus de l'enseignement supérieur qui s'inscrivent dans la continuité de la scolarité d'une personne ayant le statut d'étudiant. En d'autres termes, les formations en deux ans après le bac, toutes les formations universitaires du système européen LMD ainsi que les différents programmes des grandes écoles de commerce, ou d'ingénieurs sont des formations initiales. Celles-ci sont composées d'enseignements théoriques, de cours pratiques et parfois de périodes de stage ou d'alternance. Elles permettent aux étudiants d'obtenir un diplôme de niveau Bac+2, Bac+3, Bac+5, Bac+8 ou un titre RNCP validant l'acquisition de compétences professionnelles. Sur le plan statistique, un étudiant n'est plus considéré par l'INSEE comme étant en formation initiale à partir du moment où il interrompt ses études pendant plus d'un an, notamment lorsqu'il décide d'exercer une première activité professionnelle.* »

⁴⁶⁸ Organisation Mondiale de la Santé, 2015, « Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires et outil pour évaluer le volet santé et développement de l'adolescent dans la formation initiale », p.-v.

Pour le groupe IGS, cité par le mensuel l'Étudiant⁴⁶⁹ (2023), une formation initiale est : « *le processus d'apprentissage qu'un individu entreprend avant d'intégrer le marché du travail. Elle est proposée par des établissements scolaires ou d'études supérieures aux étudiants qui peuvent alors acquérir des compétences professionnelles, et décrocher un diplôme afin d'exercer un métier déterminé. Elle comporte une formation de base, de culture générale et mise en pratique. Elle se distingue de la formation continue qui s'adresse aux individus déjà engagés dans la vie professionnelle* ».

Nous pouvons proposer comme définition :

« Une formation initiale fait suite au cursus d'enseignement élémentaire académique français. Elle est choisie par une personne, qui conservera sa posture d'élève ou d'étudiant. Elle peut débiter dès la fin de classe de troisième. Elle débouche sur une certification ou un diplôme. Cela validera un bagage minimum de compétences pour entrer dans le monde professionnel, et pouvoir prétendre à une activité rémunérée. Une césure, entre la fin d'une scolarité et l'entrée en formation initiale, positionne cette formation comme formation continue souvent professionnelle. Elle est « au » et « le » début d'un parcours professionnel tout au long de la vie. »

La formation dispensée aux seins des différents IFMK est à la fois :

- Une formation initiale, pour les étudiants inscrits directement après une première année universitaire, ou par remise à niveau pour les étudiants déficients visuels (Fumeron⁴⁷⁰, 2015), et pour les sportifs de haut niveau (Poreaux-Laurent⁴⁷¹, 2015);
- Une formation continue pour ceux en reconversion professionnelle, par rupture de la continuité du parcours scolaire.
- Une formation mixte initiale et continue pour certains étudiants en CFA. Deux profils sont retrouvés.
 - Le premier, des étudiants en formation initiale, mais de catégorie sociale ne permettant pas de financer le coût de cette formation ;
 - Le second, des personnes en reconversion professionnelle (bénéficiant du Compte Formation, ou CPF) ou pour les mêmes raisons financières.

Nous pouvons affirmer que la formation initiale en massokinésithérapie correspond aux définitions citées. La particularité de celle-ci est qu'elle est reconnue comme formation initiale universitaire sans attribution d'un diplôme universitaire, mais par équivalence à un grade. Cela ne change en rien sa validité comme formation initiale. Cette formation est bien le début ou l'entrée dans le futur métier de MK. On y retrouve la formation de nouvelles compétences, les prémices de gestes professionnels, une réflexivité et une autonomie.

Pour Fabre⁴⁷² (1992), la formation initiale « *implique une transformation de la personne dans ses multiples aspects cognitifs, affectifs et sociaux et par rapport à des apprentissages de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il s'agit d'un changement qualitatif plus ou moins profond, dans une logique, non d'accumulation, mais de structuration* ». Nous compléterons ces propos par l'appropriation, par cette

⁴⁶⁹ L'étudiant, 2023, « *Parcoursup ou admission directe ? Etat des lieux avec le Groupe IGS* », consulté en ligne, IGS, glossaire, formation initiale, [Glossaire | Groupe IGS \(groupe-igs.fr\)](https://www.groupe-igs.fr/glossaire)

⁴⁷⁰ Ibid. 416, p.58

⁴⁷¹ Ibid. 416, p.60

⁴⁷² Ibid.453, p.122

formation initiale, des savoirs informels retrouvés lors des entretiens. Le positionnement de ces savoirs informels sera de les positionner face aux apports formels de la formation initiale. L'étudiant, les équipes pédagogiques s'adapteront au fil de l'eau lors de leur mobilisation. Fabre⁴⁷³ ajoute, que la formation initiale « *s'engage dans un processus de rationalisation technique et de professionnalisation qui débouche soit par l'invention d'un nouveau métier, soit par la redéfinition de professions anciennes* ». Pour Born⁴⁷⁴ (2023) cette formation initiale peut-être considérée comme une formation de base : « *les sapeurs-pompiers volontaires, quant-à eux, ont l'obligation de suivre dès leur engagement une formation de base, dite formation initiale* ». Cette notion de « base » a été retrouvée et explorée sur les premières formations initiales de ce métier. L'arrivée en 1946 de cette première formation reposait sur de très nombreuses « bases de connaissances ». Ce terme était soit employé directement soit indirectement par le terme de « notion ». Elle⁴⁷⁵ mentionne que, « *la formation initiale en début d'engagement a vocation à amorcer cette construction d'une part en immergeant les nouvelles recrues dans un monde nouveau, régi par des règles explicites mais aussi implicites, et d'autre part en favorisant le développement de compétences nécessaires à l'activité* ». Le stage d'observation, lors de la première année de formation, permet à l'étudiant d'être en contact direct avec son futur métier. S'il existe des représentations informelles, celles-ci pourraient créer des « conflits cognitifs ». S'ils sont mobilisés, ils devront s'ajuster pour être conformes aux attendus. L'étudiant par son changement de posture, ne se retrouvera plus comme un patient ou comme accompagnateur d'une tierce personne prise en charge par un MK, mais comme Mk à part entière. Nous rappelons que c'est à ce titre que Guyet⁴⁷⁶ (2016) parle d'adolescence et de choc de ce premier contact.

1-4 Conclusion

Nous concluons que cette formation initiale universitaire bouleverse l'ensemble de l'écosystème de ce métier. Elle devient une formation initiale « *à, pour et par la recherche* ». Pour Sartier⁴⁷⁷ (2019), « *cela a pour conséquence un changement de posture du formateur, du tuteur, mais aussi de l'étudiant, pleinement acteur de sa formation* ». L'approche par compétences, du formé, est l'axe principal de cette formation initiale. Sartier⁴⁷⁸ (2019) rappelle que, « *Il s'agit de familiariser l'étudiant mais aussi les professionnels en activité à la notion de compétence et d'approche par compétences. Ces concepts sont assez nouveaux pour la profession et, de ce fait, leur définition n'est encore qu'imparfaitement intégrée.* » Cette notion de compétence développe l'autonomie et la réflexivité de l'étudiant. Pour Pourcelot⁴⁷⁹ (2019) « *la notion de « réflexivité » est aussi fortement liée à la notion de « compétences » ; c'est grâce à la réflexivité qu'un étudiant est formé à une profession, plutôt qu'à un métier* ». Pour Perez-Roux⁴⁸⁰ (2019), l'universitarisation de cette formation initiale sera « *l'émergence d'un nouveau profil de masseur-kinésithérapeute : autonome, adaptable, réflexif,*

⁴⁷³ Ibid. 416, p.123

⁴⁷⁴ Born P., 2023, « *Formation initiale et processus de professionnalisation des sapeurs-pompiers volontaires* », Thèse, soutenue le 06/03/2023, Université de Bourgogne, Préparée à l'institut de Recherche sur l'Education : Sociologie et Economie de l'Education (IREDU), p.14

⁴⁷⁵ Ibid. 475, p.15

⁴⁷⁶ Ibid.335,

⁴⁷⁷ Sartier F., 2019, « *la régulation de l'activité en situation tutorale ; le cas des masseurs-kinésithérapeutes* », Thèse, CNAM, 2019, p.30

⁴⁷⁸ Ibid.478, p.31

⁴⁷⁹ Pourcelot C., 2019, « *Devenir masseur-kinésithérapeute dans un moment de réforme : focus sur les étudiants en massokinésithérapie* », Chap.3, dans « *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des IFMK* », Perez-Roux, 2019. p71

⁴⁸⁰ Ibid. 4, p.

*créatif, capable d'esprit critique, apte au travail d'équipe, etc. ». Cette nouvelle posture devra perdurer lors de l'activité professionnelle. Le processus d'universitarisation de cette formation initiale propose une modification définitive d'une nouvelle l'identité professionnelle. Pour Sartier⁴⁸¹ (2019), « *c'est finalement avec l'universitarisation de la formation des masseurs-kinésithérapeutes que la profession va asseoir ses fondements scientifiques et affirmer son identité professionnelle et son autonomie. »**

Nous retrouvons là tout l'enjeu de cette formation initiale :

- Former des étudiants au métier de masseur kinésithérapeute,
- Former les équipes pédagogiques à l'approche universitaire,
- Former des nouveaux MK autonomes et réflexifs,
- Former des contributeurs MK à la recherche scientifique,
- Former une nouvelle identité professionnelle personnelle,
- Former une nouvelle identité professionnelle du groupe métier,
- Faire entrer ce métier dans une autonomie totale.

Cette nouvelle identité professionnelle a aussi comme objectif la modification de celle du groupe professionnel. Les repères des pairs, des experts et des diplômés d'une des anciennes formations initiales se retrouvent confrontés à ceux des nouveaux formés. L'approche thérapeutique ne repose plus sur les mêmes critères, mais elle garde les mêmes buts et objectifs. L'approche par compétences modifie profondément la pratique professionnelle. Pilotti⁴⁸² (2019) redéfinit la nouvelle posture des formés. Elle précise que, « *l'approche par compétences, modifie le paradigme de l'enseignement. Pour Tardif (2013), « on passe d'un paradigme de l'enseignement à un paradigme de l'apprentissage ». Les étudiants deviennent des acteurs plus réflexifs. La logique d'apprentissage n'est pas alors plus fragmentaire, mais globale et complémentaire »*. Pour notre travail de recherche, nous rappelons que c'est par la formation initiale que se construisent les premières représentations identitaires professionnelles complétant l'identité personnelle. Nous retrouvons là une dualité entre les nouveaux diplômés issus de cette réforme et les anciens. Lors de nos entretiens, nous avons retrouvé de nombreux témoignages mettant en avant ces points. La nouvelle posture avancée par cette formation initiale se retrouve directement sur le terrain. Perez-Roux⁴⁸³ (2019), constate cette dualité. Ces premières remontées de son terrain de recherche mettent en avant trois aspects négatifs :

- « *Le manque d'autonomie des étudiants qui font preuve d'un comportement assez scolaire,*
- *Une survalorisation de la réflexivité au détriment des pratiques réelles et de la qualité des prises en charge du patient,*
- *Une absence de bagage théorique et une diminution des compétences techniques ».*

Ces trois points sont retrouvés lors de nos entretiens. Nous pouvons ajouter que les premières remontées ont changé la posture des MK. L'identité professionnelle doit être empreinte de ces

⁴⁸¹ Ibid. 479, p.20

⁴⁸² Pilotti A., 2019, « participation des nouveaux dispositifs pédagogiques à la professionnalisation des formateurs en IFMK », chap.8, p.153-167, dans Perez-Roux T., 2019, « La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des IFMK », p.160-161

⁴⁸³ Ibid., Chap.4, « les formateurs en masso-kinésithérapie face à la réforme des études », p.92, 93

modifications. Ce point sera exploré par nos travaux. Nous avançons là une des limites de ce processus d'universitarisation pour cette formation initiale. L'ancien professionnel praticien devient un professionnel clinicien. Ce changement postural, pour Perez-Roux (2019), « *risque de former des Mk réflexifs mais incapables de faire et de faire vivre le métier* ». Un des objectifs de cette formation initiale sur la réflexivité est validé au détriment du geste professionnel. La professionnalisation de « l'université » n'est pas atteinte. Le référentiel présenté par Perez-Roux repose sur des propos et constats de deux à trois ans après la mise en route de cette nouvelle réforme. Nos travaux ont commencé en 2020, par des entretiens semi directifs exploratoires, et poursuivis sur l'année 2021 (entretiens de recherche). Nos travaux mettront-ils en avant ces mêmes points divergents. Nous rappelons que ces derniers sont le reflet de la formation initiale, et participe à la construction identitaire professionnelle. L'universitarisation de cette formation initiale est un véritable « challenge » pour ce métier. Pour Perez-Roux⁴⁸⁴ « *l'universitarisation de la formation professionnelle est un processus par lequel l'institution universitaire est elle-même contrainte de se réformer. Contrairement à une représentation courante, le processus ne consiste pas en l'absorption des instituts de formation par l'université* ». Nous touchons là toute l'ambiguïté d'une réforme, qui devrait acter un changement et une augmentation des compétences attendues. L'évolution de ce métier commence par la formation initiale de ces futurs MK. Mais la cible des MK formés est le patient avant la reconnaissance du groupe professionnel. Nous pouvons nous questionner sur un point fondamental. Ce changement de formation a-t-il un impact sur le ressenti des patients face aux approches cliniques et thérapeutiques de ces nouveaux diplômés. Les résultats avancés par les travaux de Perez-Roux (2019), Guyet (2016), Goncalves (2021), Remondière (2018) mettent en avant un regard critique des patients. Ces derniers admettent un vrai professionnalisme de ces nouveaux diplômés, mais un manque de « pratique », souvent par manque « du toucher manuel » de ces MK. La prise en charge thérapeutique est devenue trop « matérielle ». Le patient ne se retrouve plus dans l'image « phantasmée » du kiné. Nous touchons là une modification en profondeur de ce métier. Cette mutation est bien initiée par la formation initiale.

2- L'université et l'universitarisation

Cette réforme acte l'appartenance des modalités d'enseignements, au sein des différents IFMK français, DROM-COM inclus, à celles de l'université. Pour se conformer au processus de Bologne, l'ensemble des IFMK ont signé une convention tripartite entre une université (à profil médical), la région et l'IFMK. Dès l'origine de cette formation initiale, certains enseignements étaient déjà dispensés par des « universitaires ». Les médecins, les spécialistes médicaux (Chirurgiens, Orthopédistes) par leurs titres, portaient l'empreinte d'une identité universitaire. Puis progressivement les formateurs non médecins se sont formés à l'université. Une liste des qualifications a été exposée dans le chapitre précédent. De très nombreux MK-formateurs sont « docteurs », dans des domaines très variés (Biomécanique, sciences de l'éducation, anatomie, etc.). Avant cette dernière réforme, ce qui était « un plus et gage de qualité » pour la formation, devient la norme du modèle de formation. Pour Perese-Roux⁴⁸⁵, « *Si, pour Michon (2015), la réingénierie de la formation en MK s'inscrit dans une « double dialogique professionnalisation-universitarisation », il semble bien qu'il s'agisse d'abord d'une universitarisation. Pierre Hébrad, dans son étude des textes de l'ancien et du nouveau dispositif de formation, montre bien, dès les trois premiers articles du*

⁴⁸⁴ Ibid.4, p.16

⁴⁸⁵ Ibid.4, Chap. 4, p.98

décret de 2015, cette universitarisation de la formation : conventionnement des écoles avec une université de médecine, double inscription des étudiants à l'université et à l'institut de formation, intégration de cette formation dans le processus européen LMD avec l'organisation de la formation allongée de trois à quatre années et un diplôme d'état reconnu par 240 crédits ECTS ». Il n'est pas acté un processus de professionnalisation de l'université. Cette nouvelle organisation fait apparaître trois profils différents pour les IFMK.

- Le premier : Ce sont vingt IFMK qui sont inclus directement au sein de l'université. Certains enseignements sont mutualisés avec d'autres parcours universitaires (STAP, Sciences de l'éducation, etc.) ;
- Le second : l'IFMK est à distance de l'université, les étudiants se déplacent pour assister à certains enseignements (Sciences Humaines et Sociales, Santé Publique, etc.)
- Le troisième : l'IFMK est à distance de l'université, les enseignements universitaires sont faits directement au sein des IFMK (Ex : les instituts pour déficients visuels, etc.)

Le troisième profil ne met pas en contact les étudiants des IFMK avec ceux de l'université. Les apprentissages informels ne seront peut-être pas aussi riches par rapport aux deux premiers profils. Nous pouvons considérer que l'identité professionnelle pourrait en être différente. L'ensemble des IFMK au sein de l'université a des espaces dédiés pour les enseignements professionnels.

Nous pouvons parler d'une nouvelle professionnalisation des formateurs, avant l'universitarisation attendue. L'ancienne identité professionnelle comme formateur change, mais est-elle mise en sommeil ? Pour Broussal⁴⁸⁶ (2020), « Si celle-ci s'inscrit dans le processus général d'universitarisation, elle recouvre un ensemble de changements et d'enjeux de natures assez hétérogènes : [...], identitaires, pour les formateurs qui doivent se déplacer d'une posture d'expertise à une posture d'accompagnement et se trouvent ce faisant confrontés à la question de leur légitimité ». Cette nouvelle posture modifie l'identité professionnelle de ces formateurs MK. Cela a-t-il un impact sur la construction identitaire des formés ? Nous avons exposé des points « négatifs » plus sur l'approche par compétences et sur l'autonomie, que sur la posture des formateurs. Les travaux de Perez-Roux (2019) ont apporté les mêmes propos. Nous rappelons que notre recherche est à distance des balbutiements de la mise en route de cette nouvelle formation.

Avant d'explorer le concept d'universitarisation, nous porterons un regard sur l'entité majeure de cette formation initiale : l'université.

2-1 L'université

Introduction

La création des premières universités, en France (Paris 1215, Montpellier en 1220, Toulouse 1229) officialise la naissance scientifique du corps médical. Ces universités sont fortement dépendantes de

⁴⁸⁶ Broussal D., 2020, « Perez-Roux T. (dir.) (2019). *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie* », Recherche et formation, 93/2020, l'évaluation de la professionnalisation en formation, ENS Lyon, dans Recherche et Formation 2020/1, n°93, p.143-145, Edit. ENS Edition, p.143

leur région d'implantation et du regard omniprésent du clergé. Pour Adam⁴⁸⁷ (2017) « *elles n'apporteront que peu sur l'épanouissement des connaissances médicales* ». Si le regard de l'église est présent, les premiers universitaires commencent à se positionner contre la médecine moderne, « *d'autres condamnations viennent de l'université, comme en témoigne l'opposition menée par la Faculté de médecine de Paris contre la théorie de la circulation sanguine de Harvey, accusée de contredire les schémas aristotéliens et galéniques. Conduite par Guy Patin, la Faculté tenta de faire condamner l'œuvre de Harvey par voie de justice,... L'église n'est pas mêlée directement à cette affaire, mais l'opposition de l'université à la médecine moderne s'inscrit dans l'atmosphère générale de suspicion envers les nouveautés scientifiques, climat largement entretenu par les autorités ecclésiastiques.* » Minois (2014)⁴⁸⁸. Puis par les différents échanges entre universités et les universitaires des différents continents, les universités de médecine françaises resteront l'exemple dans la production des savoirs médicaux chirurgicaux du monde bio-médical-curatif. Après la découverte du nouveau monde, les universités de l'Amérique du nord et du Canada, deviendront des concurrents directs. Foucault⁴⁸⁹ (1969) précise que les progrès et le discours de la médecine « *se sont modifiés plus profondément que depuis le XVII^e siècle, que depuis le Moyen âge sans doute, et peut-être même depuis la médecine grecque.*» Puis, avec l'apparition de nouvelles technologies, la mondialisation des recherches scientifiques s'accélère et les différentes formations initiales des métiers du soin, doivent régulièrement mettre « à jour » les méthodologies et les contenus de leurs enseignements. Ces formations sont devenues sans frontière (Cf. propos sur les prix Nobel développés dans le chapitre précédent). À ce jour, les facultés ne sont plus ciblées sur le monde médical, mais sur un ensemble très vaste de domaines. Classiquement, on retrouve les sciences dites « dures » et celles dites « molles. » Cette différence de terminologie peut se retrouver dans la formation initiale des Mk. Le référentiel mixte des ressources repose sur l'EBP et l'EBM, et pour certains universitaires l'EBP prime sur l'EBM. Nous retrouvons là un conflit entre les sciences fondamentales, réservées à l'université, et les sciences dites professionnelles réservées aux formations professionnelles. La formation initiale universitaire en massokinésithérapie est un double processus de professionnalisation-universitarisation. Cette formation initiale en massokinésithérapie se retrouve dans le processus d'universitarisation, et « l'université » dans celui de professionnalisation. L'ensemble des acteurs de cette mutation devront s'approprier les changements apportés par ces deux concepts.

2-1-1 Définitions

Pour Le Larousse, l'université est un nom féminin d'origine latine médiévale dont une de définitions est : communauté. Cette définition est complétée par : Au moyen âge, institution ecclésiastique jouissant de privilèges royaux et pontificaux et chargée de l'enseignement ; un ensemble d'établissement scolaires de l'enseignement supérieur regroupés dans une circonscription administrative ; bâtiments; ensemble du personnel enseignant et administratif des universités d'un pays.

⁴⁸⁷ Adam PH., et All, 2017, « Sociologie de la maladie et de la médecine », par Ph. Adam et All, Edit : Armand Colin, p.27-28

⁴⁸⁸ Minois G, 2014, « L'église et la science, histoire d'un malentendu. De Galilée à Jean-Paul II », Edit : Fayard, p.31

⁴⁸⁹ Foucault M., 1969, « L'archéologie du savoir », Edit : Gallimard, p.232

Pour le dictionnaire en ligne l'internaute, l'université est un établissement d'enseignement supérieur destiné à la transmission des connaissances entre professeurs et étudiants. Établissement scolaire qui fédère la production, la transmission et la conservation du savoir.

L'académie française propose : centre d'enseignement supérieur, établi par l'autorité publique, divisé en groupes appelés « facultés », dont chacune délivre des grades au nom de l'état.

Nous compléterons par celle définie sous Wikipédia : une université est une institution d'enseignement supérieur, d'étude et de recherche, constituée par la réunion de divers établissements nommés suivant les traditions : collèges, facultés, instituts, départements, centres, sections, ou écoles spécifiques, mais aussi des bibliothèques ou atelier, médiathèque ou musée, etc., formant un ensemble administratif cohérent avec un statut de droit public ou privé ou éventuellement mixte.

2-1-2 La complexité de l'université : une entité à plusieurs profils

Pour Denman (2005)⁴⁹⁰, « il est clair qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas une définition unique de l'université ». Il ⁴⁹¹en propose une : « Une université est un établissement d'enseignement supérieur complexe formellement autorisé à proposer et à délivrer des diplômes de haut niveau dans au moins trois disciplines ou domaines d'études ». Il complète ses propos par, « Il convient de noter que le terme « recherche » a été volontairement écarté de cette définition. Il est entendu que, même si cette activité joue un rôle clé dans toute université, elle ne constitue pas cependant la toute première mission de la plupart de ces établissements ». Pour lui, la mission principale de l'université reste l'enseignement. L'étudiant est la priorité. La recherche n'en est plus une, par le fait qu'elle peut-être produite par d'autres instances. Il en décrit aussi ces changements. Il précise que la modernisation de l'université explore les champs de la formation professionnelle, « l'université de recherche moderne a commencé à étendre l'impact de ses activités de production de savoir au-delà des frontières territoriales. Bien sûr, l'université n'est pas le seul acteur dans cette évolution; il existe en effet d'autres établissements d'enseignement supérieur produisant une main-d'œuvre talentueuse et « qualifiée » (Gibbons, 1998) et générant des bases nouvelles et innovantes de savoirs pour des produits et services dirigés vers le progrès sociétal. ». Il cite Scott⁴⁹² (1998) sur un des buts de l'université, « ... l'université en tout cas pourrait devenir le chef de file dans la société du savoir, c'est-à-dire le principal lieu où les biens symboliques sont, sinon produits, du moins conçus et élaborés » (Scott, 1998, p. 127) ». L'université n'a plus le monopole de la création de savoirs savants. Pour ne pas perdre « la main » sur ces productions, elle essaie de phagocytter les formations initiales des métiers paramédicaux.

Nous avons ici une approche où l'université n'est plus le sanctuaire de la production de savoirs scientifiques. Cela peut engendrer de la concurrence entre elles et entre les autres structures de création de savoirs (Ex : les écoles d'ingénieurs, les grandes écoles, les écoles militaires, etc.). Pour

⁴⁹⁰ Denman B.D, 2005, « Comment définir l'université du XXIe siècle ? », Dans politiques et gestion de l'enseignement supérieur, 2005, n°17, p.9-28, Editions de l'OCDE, p.18

⁴⁹¹ Ibid. 491, p.20

⁴⁹² Ibid. 491, p.13, Scott P., 1998, « Massification, internationalization and Globalization », dans P.Scott (ed), « The Globalization of Higher Education », Buckingham: Open University Press., p.127

notre sujet, nous pouvons considérer que cette formation reste identique sur l'ensemble du territoire français. On retrouve de grandes disparités sur la formation initiale universitaire européenne des MK, dont les membres sont signataires du processus de Bologne. Au niveau mondial, nous rappelons que cette formation initiale est majoritairement un cursus universitaire complet répondant au système LMD. À titre d'exemple, au Canada, cette formation initiale universitaire peut se terminer par un doctorat en physiothérapie. Une des conséquences sur ce parcours complet, pour Prud'homme⁴⁹³ (2011), est que les « *physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes profitent ainsi d'un accès immédiat aux patients, choisissent leurs clients et fixent elles-mêmes les objectifs de leur thérapie sans subir le filtre du médecin* ». L'université, en proposant un parcours complet et diplômant, confirme une autonomie complète de ces métiers. Il précise que pour les physiothérapeutes, l'université est reconnue « *comme un lieu de formation et de diplomation. La question des diplômes conserve d'ailleurs une grande actualité : après avoir dû défendre leur place à l'université, plusieurs professions soutiennent désormais la création de diplômes de 2^e et 3^e cycles, ou souhaitent même faire du 2^e cycle le nouveau seuil d'admission à la pratique comme c'est depuis longtemps le cas en orthophonie et en psychologie* ». Nous retrouvons là le synopsis de la formation initiale française reconnue au grade master. Les travaux de Prud'homme mettent en avant le processus d'universitarisation complète de la formation initiale des physiothérapeutes québécois. Barthélémy⁴⁹⁴ (2014) précise que « *la formation en physiothérapie au Québec et au Canada est née d'emblée à l'université dans des facultés de médecine* ». Ce processus s'est échelonné sur plus de quarante ans et a abouti en « *1990, les physiothérapeutes sont devenus des acteurs de soins de première ligne en obtenant l'accès direct aux patients, sans prescription médicale.* » À ce jour, et en France, des demandes d'accès direct à des MK est en expérimentation. Le premier frein retrouvé est le manque de formation au diagnostic clinique différentiel, qui reste du domaine médical. Retrouverions-nous cette démarche par la mise en route de la CNU 91 ?

L'université se trouve donc confrontée à d'autres organisations de formations produisant elles aussi des savoirs savants, souvent professionnels. Pour Charle⁴⁹⁵ (2007), « *Les disciplines académiques traditionnelles sont de plus en plus concurrencées par de nouvelles disciplines définies, non par des objets ou des traditions intellectuelles, mais par des objets ou des domaines d'intervention et en prise directe sur la demande sociale, économique, ou professionnelle. Or les effectifs des étudiants et des enseignements de ces disciplines, se sont beaucoup accrus par rapport à ceux des disciplines traditionnelles et pèsent de plus en plus lourd dans les orientations stratégiques des universités.* » Nous retrouvons là le nouveau profil de l'université par l'incorporation de la formation initiale en massokinésithérapie. Toute l'ambiguïté repose sur le couple universitarisation-professionnalisation de ces deux acteurs, l'université et la formation initiale. L'identité professionnelle devra s'ajuster au regard des diverses évaluations de cette formation. Cette identité professionnelle s'orientera-t-elle sur un profil universitaire ou sur un profil professionnel ? L'idéal serait de retrouver un juste équilibre entre ces deux postures, ce qui fera naître une nouvelle identité professionnelle singulière en massokinésithérapie. Il⁴⁹⁶ précise que les universités sont décrites « *comme des entreprises et les universitaires comme des entrepreneurs* ». Pour sauvegarder sa notoriété, l'université pénètre le

⁴⁹³ Ibid. 229, p.27

⁴⁹⁴ Barthélémy A, et All, 2014, « *La physiothérapies et les sciences de la réadaptation au Québec : une source d'inspiration pour l'évolution de la masso-kinésithérapie française ?* », Kinesither Rev 2015, 15 (161), p.31-36, p.32

⁴⁹⁵ Charle C., et All, 2007, « *Les ravages de la « mondialisation » universitaire en Europe* », la politique du scalpel, avec le soutien de la Chaire de sociologie historique de la politique de l'Institut Universitaire de France, Edit : Syllepse, p.13

⁴⁹⁶ Ibid. 496, p.34

monde professionnel. Elle essaie de retrouver sa place comme premier formateur. C'est à ce titre qu'elle s'est appropriée les formations initiales des métiers du soin (La massokinésithérapie, l'ergothérapie, les soins infirmiers (par les formations sur l'acquisition de nouvelles compétences des pratiques avancées), les cadres de santé, les formateurs de ces métiers). L'université de médecine veut retrouver sa place qu'elle avait à ces origines. Est-elle prête à ouvrir complètement les portes des cursus complets LMD pour l'ensemble des métiers paramédicaux de la rééducation ? La section CNU 91 en est-elle la clef ?

L'université est un lieu de vie pour plusieurs publics différents : les personnels des pôles administratifs, de la restauration, de la médecine scolaire, des entretiens, etc., les enseignants chercheurs, les étudiants. De très nombreuses personnes font une carrière professionnelle dans au moins une université.

Les étudiants eux ne font que « passer », et ne se positionnent pas uniquement sur un parcours complet LMD. Ce sont prêts de trois millions d'étudiants qui sont inscrits à l'université pour la rentrée scolaire 2023. Pour le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche⁴⁹⁷, depuis 2011, ce sont plus de 14 000 docteurs qui sont diplômés chaque année, sur l'ensemble des spécialités proposées. Ce chiffre ne varie que très peu, mais moins de 20 % d'entre eux font carrière au sein de l'université. Nous retrouvons le même pourcentage au Canada⁴⁹⁸, où « *Le Conférence Board du Canada a récemment publié un important rapport au sujet des carrières des titulaires d'un doctorat. Seuls 19 % d'entre eux réalisent le scénario classique : devenir professeur à l'université à temps plein* ». Dans cet effectif sont inclus les docteurs en physiothérapie. Pour la France nous retrouvons le même pourcentage. L'université en s'appropriant la formation initiale des Mk enrichit sa banque de données des savoirs scientifiques paramédicaux produits par les étudiants, et forme des futurs enseignants chercheurs. A ce jour, ces futurs enseignants chercheurs ne le seront pas en massokinésithérapie. La continuité après le D.E, reconnue niveau grade master, ouvre la possibilité de compléter une formation universitaire jusqu'au doctorat. Afin de pouvoir prétendre à cette certification de grade « docteur en massokinésithérapie » une filière propre à ce métier doit être validée. Cela questionne sur la finalité de la CNU 91.

À l'exception des étudiants déficients visuels, nous constatons que les étudiants en formation initiale en massokinésithérapie découvrent l'université via la première année en PASS, LASS ou STAPS. La différence avec la formation précédente se retrouve dans la disparition des modules du second semestre en PACES présentant les études et le métier de MK. L'identité professionnelle ne repose que sur les savoirs informels.

L'entrée en IFMK peut être pour certains un véritable « choc », comme celui décrit lors du premier stage d'observation (Travaux de Guyet, 2016). En moins de trois ans, l'étudiant passera d'une posture de lycéen, à celle d'étudiant en entrant en première année universitaire, puis à celle d'un futur MK en formation initiale. Sa construction identitaire devra s'adapter sur un temps très court.

⁴⁹⁷ Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, [le doctorat et les docteurs - état de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°16 \(enseignementsup-recherche.gouv.fr\)](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-doctorat-et-les-docteurs-etat-de-l-enseignement-superieur-de-la-recherche-et-de-l-innovation-en-france-n-16)

⁴⁹⁸ Workopolis, 2015, « *Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat ?* », Recherche d'emploi, 18/12/2015, [Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat? - Workopolis Blog](https://www.workopolis.com/fr/blog/quels-debouches-pour-les-titulaires-d-un-doctorat/)

Pour Snyders⁴⁹⁹ (1993), « *l'état étudiant est souvent regardé comme une simple période de transition, préparation à l'exercice professionnel plutôt que consistance d'un temps de vie* ». Ici ce temps ne dure qu'une année. Pour Coulon⁵⁰⁰ (1993), « *être étudiant est un métier* » à part entière. Il⁵⁰¹ précise qu'« *Entrer à l'université, c'est explorer et vouloir volontairement se plonger dans les codes qui en définissent l'organisation. Ces codes sont souvent opaques, voire illisibles* ». Cela implique pour l'étudiant « *une phase de familiarisation progressive aux institutions, une conformisation envers les codes locaux et le commencement du travail intellectuel* ⁵⁰² ». Notre étudiant devra accepter que cette formalisation progressive de la première année à l'université soit remise en question en entrant en formation initiale. Nous actons là une des difficultés de la construction identitaire des futurs MK. Dans un premier temps, ils devront s'affranchir de leur posture de lycéens, pour développer celle attendue en entrant à l'université. Pour Paivandi⁵⁰³ (2015), « *l'université constitue un moment crucial dans la construction d'un type d'apprentissage complexe, varié, pensé, en fonction de l'articulation des différents types et de leur mobilisation ultérieure dans les situations réelles. Dès son entrée, l'étudiant est invité à développer une autre manière d'apprendre, une nouvelle rigueur, une autonomie intellectuelle plus conséquente et une nouvelle relation avec un objet à connaître. Il s'agit d'un engagement intellectuel différent afin d'apprendre, d'explorer et de s'approprier un domaine particulier de savoir* ». En entrant en première année de formation en IFMK, ils devront ajuster et peut-être déconstruire l'identité universitaire pour la compléter ou la remplacer progressivement par celle proposée par cette formation. Certaines compétences acquises lors de la première année universitaire pourraient être des prérequis lors de l'entrée en formation initiale. La première compétence à stabiliser serait celle de la posture même de l'étudiant universitaire. Celle-ci est un des attendus de cette nouvelle réforme. De nombreux savoirs communs entre la PASS, LAS et STAPS sont retrouvés en première année en IFMK (déjà développé dans le premier chapitre). Nous pouvons constater que ces prérequis reposent plus sur des savoirs professionnels. Pour Reitel⁵⁰⁴ (2021), « *en tant qu'étudiant, un individu se trouve à l'intersection de l'université, dont nous interrogeons la capacité en tant que cadre institutionnel à générer une forme d'identité collective, et d'autres organisations* ». L'étudiant composera un équilibre entre son identité personnelle, universitaire, et celle visée par la formation initiale. Pour Paivandi⁵⁰⁵ (2015), citant Coulon (1997), « *cependant, le passage entre secondaire et supérieur semble être vécu comme une expérience difficile et déstabilisante, provoquant une étrangeté* ». Ces propos ont été exprimés avant la crise du COVID, le changement d'orientation de fin de terminal par Parcoursup et la nouvelle formation initiale en massokinésithérapie. Ces trois moments ont touché profondément les nouveaux étudiants. Ceux-ci ont-ils augmenté cette double expérience déstabilisante entre l'entrée à l'université puis celle en IFMK ?

Nous nous questionnons sur l'attente des étudiants entrant à l'université. Paivandi⁵⁰⁶ (2015) estime que « *les étudiants abordent l'université avec des attentes et des représentations différentes. Certains*

⁴⁹⁹ Snyders G., 1993, « heureux à l'université. Etude à partir de quelques biographies », Les repères pédagogiques, Edit : Nathan pédagogie, p.8

⁵⁰⁰ Coulon A., 1993, « *Ethométhodologie et éducation* », Col : Education et formation/L'éducateur, Edit : PUF, p.12

⁵⁰¹ *ibid.* 501, p.47

⁵⁰² *ibid.* 501, p.105

⁵⁰³ Paivandi S., 2015, « Apprendre à l'université », Col : pédagogie en développement, Edit : De Boeck supérieur, p.10

⁵⁰⁴ Reitel B., 2021, « Identité(s) et universités nouvelles, une question de proximité ? », Edit : Education, formation et lien social, Artois presses Université, p.192

⁵⁰⁵ *ibid.* 504, p.11

⁵⁰⁶ *ibid.* 504, p.118

veulent être reconnus comme adulte, l'entrée à l'université étant comme l'expression d'une transformation identitaire. Le baccalauréat est un rite symbolique correspondant à un stade de maturité, il est vécu par beaucoup comme un besoin de reconnaissance, comme un premier pas effectif et symbolique vers le monde adulte ». Pour Chomsky⁵⁰⁷ (2010), citant Humboldt, l'étudiant découvrira que l'université « n'est rien d'autre que la vie spirituelle de ces êtres humains qui, en raison du loisir que leur procurent leurs circonstances extérieures et en vertu d'une aspiration intérieure, sont portés vers l'étude et la recherche ». Ces propos peuvent être discutés. Une forte majorité d'étudiants arrivant à l'université se dirigent vers des parcours « courts », licence ou master, correspondant aux certifications lors de recherche d'un emploi. L'entrée à l'université peut-être considérée comme le seul choix, comme une obligation pour se former, qui serait la porte d'entrer dans le monde professionnel. La notion de « recherche » n'est qu'un des axes et non l'axe principal pour ces étudiants. Cette « initiation » à la recherche proposée en formation initiale en massokinésithérapie, via le mémoire d'initiation à la recherche en fin d'études en est un parfait exemple. Pour pouvoir prétendre faire de la recherche, nous avons exposé qu'il existait deux voies différentes : celle de l'université en certifiant un doctorat, ou les grandes écoles certifiant à minima des diplômes d'ingénieurs (Ex : École Nationale des Ponts et Chaussées ; École des Mines de Paris ; etc.). Chomsky pose un regard critique sur l'université. Il⁵⁰⁸ précise que : « Et pourtant, jusqu'au niveau le plus élevé des études supérieures, le règlement universitaire décourage l'étudiant de travailler comme toute personne raisonnable choisirait certainement de la faire : de manière individuelle, quand il suit ses intérêts personnels ; de manière collective, dès lors qu'il peut apprendre de ses pairs ou leur apporter de l'aide. Les projets proposés en cours et les examens sont individuels et compétitifs. On exige que la thèse de doctorat soit une contribution purement individuelle. Et, au-delà de cette exigence déjà discutable, on impose que le travail soit terminé en un laps de temps limité, ce qui constitue une prime à la banalité ». Nous touchons là un point de friction entre l'étudiant et l'université. Cette dernière exige du futur « docteur » une production personnelle, fortement attachée au laboratoire d'inclusion, et très souvent provenant d'une commande (ou appel à projet) d'une institution publique ou professionnelle (Ex : Thèses Andra⁵⁰⁹, appel à projets 2022). Que penser de l'autonomie du chercheur au moins sur le sujet de sa recherche ? Les contraintes administratives (inscription annuelle, validation de modules, course aux publications, temporalité de la soutenance, etc.) sont autant de temps non consacrés à l'objectif principal de l'université : être en capacité de produire des résultats d'une recherche. Cette production est-elle toujours la mission prioritaire de l'université ?

Finance⁵¹⁰ (2015), repartit les missions de l'université sur plusieurs axes : « transmettre des connaissances et former, développer de nouvelles connaissances, innover et favoriser le développement économique et social. Pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'université dans la réalisation de ces missions, il paraît donc légitime de déléguer aux dirigeants et aux acteurs universitaires une large part de responsabilité, la question est bien de savoir jusqu'où aller dans cette délégation ». Ces différentes missions restent dépendantes de l'identité propre de chaque université. Celle-ci est une somme des profils des différents objets de recherche (Faculté de médecine, faculté

⁵⁰⁷ Chomsky N., 2010, « Réflexions sur l'université. Suivies d'un entretien inédit », Textes réunis et présentés par Baillargeon N., Edit : Raisons d'agir, p.6

⁵⁰⁸ Ibid.508, p.42

⁵⁰⁹ Thèses ANDRA, 2022, Appels à projet, [Microsoft Word - AAP Thèses Andra 2022 - thèmes Vf](#)

⁵¹⁰ Finance J.P., 2015, « La problématique de l'autonomie des universités », Dans Administration et Education 2015/3, n°147, p.61-70, Edit : Association française des Acteurs de l'Education, p.62

de droit, etc.) et des priorités singulières développées en son sein. À titre d'exemple, deux universités en Sciences Humaines et Sociales (SHS) valideront le même diplôme, mais avec des profils différents. Ces profils sont dépendants des compétences des enseignants universitaires et des choix d'orientations de certains laboratoires de recherche. Une autonomie pédagogique et de contenus est laissés à la discrétion des universités. L'autonomie financière est dépendante des budgets alloués par l'état. Une classification annuelle des universités françaises entre-elles, et par rapport à celles du reste du monde, est affichée dans la presse tous les ans. Certains étudiants consultent ces résultats pour choisir la faculté qu'ils désirent, ou préfèrent se former à l'étranger. De nombreux étudiants français font leurs études de massokinésithérapie en Belgique, en Allemagne ou en Espagne.

L'autonomie universitaire est-elle indépendante ? Pour Chomsky⁵¹¹ (2010), « *les universités sont indéniablement des instruments des politiques d'Etat, pour des raisons qui ne font guère mystère. Ces raisons ont été répétées si souvent que c'est presque devenu un cliché que de les redire, mais il est indéniable que la distribution du pouvoir, de la force et de la richesse, dans la société, se répercute de façon extrêmement significative sur ce qui se fait dans les universités* ». Dupont⁵¹² (2014), citant Béaud, complète ces propos par : « *le problème de l'université, comme celui de l'école, reste politique, c'est dans le sens où il touche à la formation des élites ou des cadres de la nation, et où les dispositions que l'on peut prendre contribuent à la définition d'un certain type de société et, au-delà, d'une certaine idée de l'homme et du mode* ». Ce qui nous fait nous poser cette question : comment prôner l'autonomie de ces sujets lorsque soit même on ne l'est pas ? L'université peut-elle être un état dans l'état ? Ou d'en être le socle par la construction identitaire d'un humain type ? Nous retrouvons là toute l'ambiguïté de la formation initiale en massokinésithérapie, qui espère emmener les étudiants depuis le métier à être autonomes. L'université comme le métier de MK sont des « acteurs prescrits ». Mais Chomski⁵¹³ « *affirme que c'est une approche plutôt insensée parce que les universités sont probablement les institutions les plus libres et les plus ouvertes, elles sont aussi les plus faibles et les plus faciles à attaquer* ». Pour réguler toutes ces contradictions, ou en diminuer, l'université se tourne sur le monde professionnel, non pas pour que le phagocyter, mais plus pour élargir les champs de la recherche explorés par les autres acteurs ayant investi ceux réservés à l'université. A titre d'exemple, lors de la crise du COVID, la recherche médicale a été dépassée par des Start-up sur la création d'un vaccin. Avec l'universitarisation d'une grande partie des formations initiales des métiers du soin, elle « contrôlera » bientôt l'ensemble du monde médicosocial. Cela permettrait à l'état d'avoir une vue complète de ce monde. L'université se retrouvera comme le seul interlocuteur lors des négociations à venir. À cette dernière d'ajuster les demandes en fonction des acteurs concernés.

Nous ajouterons que l'université à un rôle social et sociétal.

2-1-3 Rôle social de l'université

Pour Snyders (1993), être à l'université, c'est « *être sur le chemin de la réussite sociale, d'une promotion sociale ; prestige, on commence à être reconnu, considéré, « classé » au double sens du*

⁵¹¹ Ibid. 508, p.71

⁵¹² Dupond Y., « L'université en miette. Servitudes volontaire, lutte des places, et sorcellerie », Col : Pour en finir avec, Edit : l'échappée, Citant Béaud O., et All, « *Contre l'instrumentalisation de l'université* », Université : la grande illusion, p.29. P.23

⁵¹³ Ibid., 508, p.25

terme ; parler d'égal à égal, être traité d'égal à égal, savoir se faire écouter ; bref, accéder ou contribuer d'appartenir aux milieux »bien » ». Chomsky⁵¹⁴ (2010) complète que ce rôle est un outil d'ajustement social par, « l'université devient un instrument permettant d'assurer la perpétuation des privilèges sociaux ». Cet ajustement est dépendant de l'état. Il⁵¹⁵ complète ses propos par : « les universités puissent en raison de leur ouverture relative et de la possibilité d'y tenir des débats et des discussions libres, devenir la base d'une amorce de changement social ». Il constate que ce n'est pas la formation universitaire diplômante qui a un rôle social majeur, mais plutôt les interactions sociales mobilisées qui peuvent modifier ce changement social. Pour Paivandi⁵¹⁶ (2015), « la socialisation universitaire signifie apprendre de nouveaux rôles, perdre ses anciennes habitudes et prendre une distance critique avec son identité « héritée », en tant que lycéen, pour construire un nouveau soi en tant qu'étudiant ». Il n'est pas fait mention d'une quelconque posture face à l'enseignement proprement dit. Ce changement identitaire peut-être considéré comme le passage de l'adolescence à l'âge d'adulte.

Pour Charle⁵¹⁷(2007) le but de l'université est de « former le plus grand nombre et former pour l'insertion professionnelle ». Cette insertion professionnelle peut se réaliser directement par la certification L3, ou par celle d'un M2. Il⁵¹⁸ complète ces propos par, « la formation professionnelle acquiert désormais plus d'importance que la formation culturelle et scientifique ». Un des rôles sociaux de l'université serait de cibler une classe socioprofessionnelle de niveau intermédiaire universitaire. Nous noterons que certains étudiants continuent, ou que certains adultes en reconversion professionnelle s'engagent dans un parcours doctoral. Mais Charle⁵¹⁹ (2007) précise que « la créativité universitaire a surtout été mise au service des carrières universitaires en oubliant les étudiants ». Pour pouvoir assurer son existence, l'université devra s'adapter aux nouveaux profils des étudiants, pour les « encourager, les motiver » à s'approprier comme acteur sur un cycle complet universitaire, et pour certains faire carrière dans et pour l'université.

2-1-4 Rôle sociétal de l'université

L'université joue un rôle social tourné vers les étudiants et vers ses « employés ». Pour ces derniers, qu'ils soient enseignants ou personnels, ils peuvent faire carrière, se former et progresser dans leurs fonctions. L'université a aussi un rôle sociétal hors ces murs. Elle fait partie à part entière de la nation et, à ce titre, elle répond à des droits et devoirs par et pour la société. Ce rôle se définit sous la Responsabilité Sociale des Université (RSU). Son origine remonte à la déclaration de Talloires⁵²⁰(1990), « Nous pensons que les établissements d'enseignement supérieur existent pour servir et renforcer la société dont ils sont une partie intégrante. À travers l'apprentissage, les valeurs et l'engagement des facultés, des personnels et des étudiants, nos institutions créent un capital social, préparant ainsi les étudiants à contribuer de façon significative dans les communautés locales, nationales et mondiales ». Nous actons que cette déclaration complète celle de Bologne. L'universitarisation des formations initiales, comme celles tout au long de la vie, devra s'adapter aux

⁵¹⁴ Ibid.508, p.44

⁵¹⁵ Ibid.508, p.71

⁵¹⁶ Ibid.504, p.200

⁵¹⁷ Ibid.496, p.72

⁵¹⁸ Ibid.496, p.72

⁵¹⁹ Ibid.496, p.73

⁵²⁰ Talloires, déclaration de Talloires 1990. Ce sont 22 pays européens qui contribuent à cette déclaration

attendus sociétaux, et à ceux de l'université. Les formés, les formateurs comme l'ensemble des personnels employés participeront à « l'aura », à la renommée et à l'attractivité de leur université. Elle n'est plus mono-centrée sur elle-même et sur ces fondamentaux, elle s'intègre dans le paysage urbain, elle participe à un écosystème et s'ouvre sur la cité.

Comment définir ce rôle sociétal de l'université ?

Pour Annot⁵²¹ (2012), c'est : « *répondre aux besoins des habitants d'un territoire local ou régional en matière de vie sociale et de culture, telle est désormais une des missions d'une université socialement responsable* ». Il⁵²² complète ses propos par « *En juillet 2001, la Commission Européenne introduit ce concept dans le management des organisations. Daniel Filâtre (2003) parle de « systèmes régionaux d'enseignement supérieur » pour illustrer le poids de la région (en tant qu'institution) pour l'organisation des politiques locales et la régulation entre les acteurs (entre le niveau central et les niveaux locaux). Depuis 2006, les universités françaises sont appelées à se regrouper autour de Pôles de recherche et d'enseignement supérieur (P.R.E.S.)* ». Au même titre qu'une mairie, ou qu'un hôpital, ou de toutes autres administrations, l'université est un acteur principal de la vie économique d'une région. Elle ne l'est pas seulement par sa capacité à enseigner et à être employeur, mais bien plus sur son « aura » qu'elle présente à l'ensemble d'un pays. Celle-ci rayonnant sur sa région d'implantation peut-être source d'attractivité de tous genres. Nous prendrons comme exemple le pôle de Sophia Antipolis qui est partenaire avec l'université de côte d'azur. L'innovation professionnelle est au plus proche de ces futurs « employés ressources ».

Pour Stage⁵²³ (2021), citant Sawadikosol, 2009), « *la RSU désigne la contribution des universités au développement durable à travers la réalisation de leurs activités et fonctionnements* ». Elle⁵²⁴ complète ses propos par, « *la RSU consiste à orienter l'ensemble des missions et modes de fonctionnement de l'université vers l'objectif du développement durable, conformément à la vision portée par les organes politiques de haut niveau et les tutelles gouvernementales françaises* ». L'afev⁵²⁵, 2014 complète ces définitions par, « *la Responsabilité Sociétale des Universités (RSU) est l'intégration par les universités des préoccupations culturelles, socio-économiques et environnementales dans leurs activités et leurs relations avec le monde du travail et les autres composantes de la société* ». L'université n'est plus le sanctuaire de la création, de la réflexion, de la transmission et de la conservation de la connaissance. Elle devient un vrai laboratoire d'idées et de créations innovantes pour la société, et son avenir. Elle peut se reposer sur son catalogue d'archives scientifiques afin de présenter des supports d'un monde meilleur. Son expérience et sa rigueur sont gages de qualité par les différentes méthodologies de recherches validées scientifiquement sur lesquelles s'appuient ses publications. Elle s'ouvre au monde extérieur. Elle devient un acteur consultatif de faits sociaux et sociétaux. Par exemple, nous pouvons constater que l'état sollicite régulièrement l'université afin d'avoir le regard des sociologues sur des faits urbains. Ces derniers peuvent l'aider à comprendre des problèmes sociaux, l'aider à élaborer des politiques publiques pour

⁵²¹ Annot E., 2012, « *la responsabilité sociale des universités en France : un concept en émergence ?* », Les cahiers du CERFEE, 31/2012, Egalité des chances, universités et territoires. Edit : Presse universitaires de la Méditerranée, p.1

⁵²² Ibid.522, p.2-3

⁵²³ Stage M., 2021, « *Pour une compréhension de l'institutionnalisation de la responsabilité sociétale des universités françaises études de cinq universités* », Thèse soutenue le 1/1/2021, Université de Strasbourg, p.16

⁵²⁴ Ibid. 524, p.18-19

⁵²⁵ Afev, 10/07/2014, « *Quels enjeux pour la responsabilité sociétale de l'université ? L'exemple de l'université* » de Bordeaux », en ligne sous [Quels enjeux pour la responsabilité sociétale de l'université ? L'exemple de l'université de Bordeaux | Association Afev](#)

résoudre ces problèmes, l'aider à comprendre comment les citoyens perçoivent les politiques publiques et comment ils y réagissent, et l'aider à comprendre comment les changements sociaux affectent la société dans son ensemble (Travaux de Bourdieu : trois cours au Collège de France 1989-1991). L'université, par l'intermédiaire de ses chercheurs, est sollicitée par les médias. Elle sort hors de ses murs. Par exemple, lors des embrasements dans les cités, de nombreux sociologues-experts apportent leur regard sur ces faits sociétaux. Nous retrouvons un rôle hors les murs de ses consultants universitaires. Sa visibilité dans les médias n'étant pas sa spécialité, elle doit adapter ou vulgariser son discours pour être comprise par un plus grand nombre de personnes. Elle doit aussi s'adapter aux contraintes de cette visibilité. Mattart⁵²⁶ (2006) précise que, « *les sociologues ont, dans le rôle d'expert télévisuel, des possibilités d'expression très réduites qui dépendent des contraintes inhérentes au format des attentes des journalistes* ». Hilgers⁵²⁷ (2006) constate que, « *la négociation presque permanente entre le chercheur et ceux qui le sollicitent montre qu'il est souvent conduit à s'investir dans des débats et des négociations qui dépassent le cadre strictement scientifique* ».

2-1-5 Conclusion

Nous concluons par ces quelques remarques. Depuis sa création, l'université n'a cessé de progresser. À ce jour, elle est polymorphe et, malgré une autonomie revendiquée, reste sous la tutelle de l'état. Pour Carra⁵²⁸ (2021), « *en France plus particulièrement, la loi relative aux libertés des universités (LRU) du 10 août 2007 dont l'objet était de renforcer l'autonomie des universités, a eu pour effet, pour ces dernières, de devoir gérer leur masse salariale et de s'interroger sur leur rôle dans un cadre multi-scalaire, à la fois régional, national et international. L'autonomie qui devait ouvrir des perspectives se révèle également source de nouvelles tensions en renforçant la dépendance financière envers l'état (Beaud et al, 2010)* ». Nous retrouvons toute l'ambiguïté de la notion d'autonomie universitaire, déjà développée dans le premier chapitre. L'université se retrouve avec une autonomie partielle (Ex : son budget est dépendant du budget de l'état). Nous rappelons que c'est par une circulaire ministérielle qu'est fixé annuellement le nombre de places ouvertes en première année de formation initiale en massokinésithérapie et l'attribution par IFMK. À ce niveau, l'autonomie universitaire n'est pas retrouvée.

L'université change d'identité.

Soldano⁵²⁹ (2021) propose une hiérarchisation de l'université en trois paliers. Celle-ci repose sur la capacité à faire de la recherche en fonction.

- Le premier, les grands sites universitaires à recherche intensive,
- Le second, les sites intermédiaires pour la recherche spécialisée,
- Le troisième, une professionnalisation pour les sites les plus modestes par le transfert de technologie et de formation initiale du monde professionnel.

La formation initiale en massokinésithérapie est intégrée dans les universités du troisième palier.

⁵²⁶ Mattart C., 2006, « le « sociologue-expert » à la télévision : un sens pour la posture sociologique », dans la sociologie dans la cité, 37-1/2006, Edit : Unité d'anthropologie et de sociologie de l'Université catholique de Louvain, p.85-103, p.89

⁵²⁷ Hilgers M., 2006, « *Le sociologue dans la cité* », Recherches sociologiques et anthropologiques, 37-1/2006, Edit : Unité d'anthropologie et de sociologie de l'université catholique de Louvain, p.3-5, p.5

⁵²⁸ Carra C., 2021, « Identité (s) et universités nouvelles une question de proximité ? », Education, formation et lien social, Edit : Artois Presses Université, p.10

⁵²⁹ Ibid.529, p.53

L'université n'est plus mono centrée sur ce qui a fait ses premières notoriétés. Elle a évolué et évolue en fonction d'opportunités des différents changements sociétaux. En s'ouvrant sur les formations professionnelles, elle se professionnalise pour ne pas perdre son rôle premier : maîtriser l'ensemble des écosystèmes d'un parcours de formation scientifique, et indirectement rester à long terme le seul interlocuteur sociétal face à l'État.

Nous pouvons désormais essayer de proposer une définition de l'université :

« L'université est une entité physique, matérielle et morale garante de la création, de la transmission, de la conservation de savoirs savants validés à un temps T. Elle est partiellement autonome de tout ministère. Par des formations diplômantes de haut niveau, elle prépare les nouvelles générations à construire un monde nouveau. Elle est en interaction permanente avec la société comme auteur dans ses modifications sociétales à venir. Elle est en permanence à la recherche de nouvelles compétences. Elle les sollicite par sa professionnalisation ».

L'étudiant, en entrant en formation initiale en massokinésithérapie à l'université, n'est pas qu'une simple entité d'apprenant. L'ensemble des différents contacts, des postures et des investissements feront de lui un « grain de sable » dans la construction identitaire de son université. Retrouverons-nous, lors de nos entretiens, des signes de cette identité universitaire, qui elle-même participe à la construction identitaire du futur MK ? La posture de l'étudiant se rapproche plus de sa nécessité d'apprendre et de construire sa future identité professionnelle, bien loin des projets sociétaux de l'université. Pour Paivandi⁵³⁰ (2015), « *l'université constitue un moment crucial dans la construction d'un type d'apprentissage complexe, varié, pensé en fonction de l'articulation des différents savoirs et de leur mobilisation ultérieure dans les situations réelles Dès son entrée , l'étudiant est invité à développer une autre manière d'apprendre, une nouvelle rigueur, une autonomie intellectuelle plus conséquente et une nouvelle relation avec un objet à connaître. Il s'agit d'un engagement intellectuel différent afin d'entreprendre, d'explorer et de s'approprier un domaine particulier de savoir* ». Nous notons une différence d'attente entre l'étudiant et sa formation initiale universitaire. L'étudiant est bien centré sur son avenir professionnel, et, l'université l'est plus sur sa visibilité. Cette dernière n'est plus que sur son territoire, mais bien sur l'ensemble du territoire français, et elle devient aussi internationale.

2-2 L'universitarisation

2-2-1 Introduction

Nous débuterons cette présentation par la recherche d'une définition consensuelle de ce concept. Puis nous poserons un regard sur l'impact de cette démarche sur l'identité professionnelle recherchée lors de la formation initiale en massokinésithérapie.

Nous ne retrouvons que très peu de définitions dans les dictionnaires français. Ce terme, très exploité en sciences de l'éducation, et plus largement en Sciences Humaines et

⁵³⁰ Ibid.529, p.53

Sociales (SHS) repose plus sur des définitions universitaires. Avant d'en définir un sens, Bourdoncle⁵³¹ (2007) précise, que les savoirs issus de l'universitarisation font suite à ceux d'une scolarisation antérieure. Il met en avant une continuité pédagogique directe ou à distance. Ces savoirs antérieurs peuvent être considérés comme des prérequis afin de pouvoir prétendre à une scolarité universitaire. Ces prérequis ne proviennent pas exclusivement d'une scolarité, ils sont aussi issus des différents temps d'apprentissages informels et non formels. Nous commencerons par définir ce terme, puis nous rechercherons les implications sur la formation initiale en massokinésithérapie.

2-2-1-1 Définitions

Le mot « universitarisation » est devenu un terme très fréquemment employé depuis peu par le monde du travail et le monde universitaire.

C'est au Moyen Âge que l'on retrouve les premières universités. Elles se distinguent des métiers de la vie courante (travaux manuels), comme professions intellectuelles (« Septem artes liberales⁵³²»). Elles se réservent la noble tâche d'un travail de « l'esprit », dont l'origine remonte à l'antiquité par « les universités à ciel ouvert » des grecs (Platon, Aristote) et des latins (Sénèque, Plutarque). Ces premières universités étaient des universités professionnelles (Ex : les universités de médecine, les universités de l'art de la guerre, etc.).

Le Larousse (En ligne) définit ce terme comme le « *fait de donner un caractère universitaire à quelque chose ou de faire suivre une formation supérieure à quelqu'un* ». Dans son édition (Papier) de 1997, on retrouve un complément de sa définition comme un « *ensemble d'établissements scolaires relevant de l'Enseignement Supérieur regroupés dans une circonscription administrative* ».

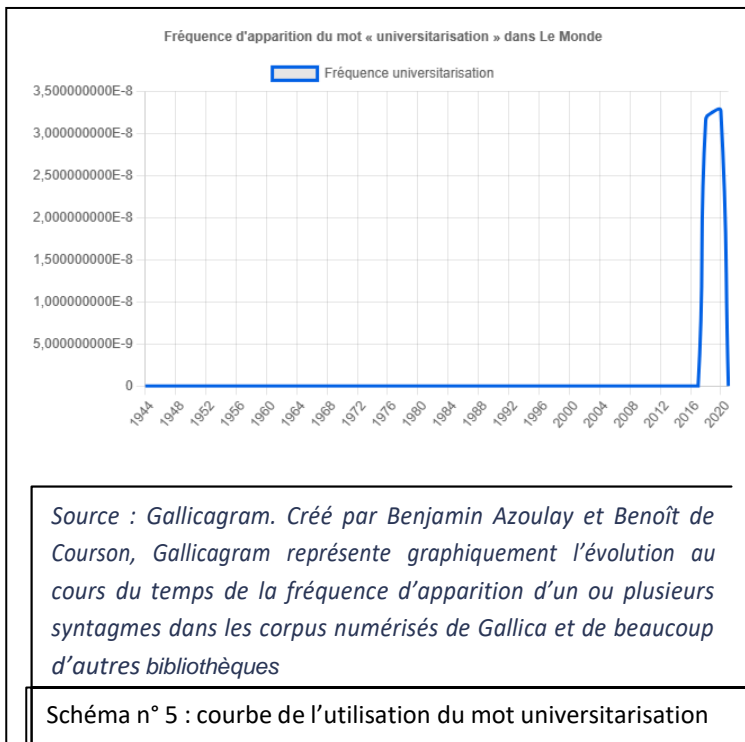
Sur le site de l'Encyclopédie.fr, nous retrouvons cette définition : « *Principe qui vise à donner un caractère universitaire à une formation, ou à faire suivre une formation supérieure universitaire à quelqu'un. Mouvement de la société qui tend à étendre la sphère d'action et l'influence de l'université* ».

Nous constatons que ce terme définit deux entités :

- Des espaces (établissements) universitaires délivrant des formations et des certifications,
- Des interactions et implications sociales et sociétales dans un pays.

⁵³¹ Bourdoncle R., 2007, Autour du mot « universitarisation », Recherche et formation, 54, p.135-149, p.

⁵³² Friehs J.T, 2023, « *Septem artes liberales : qu'est-ce qui était étudié au moyen âge ?* », Edit : Le monde des Habsbourg, consulté en ligne [Septem artes liberales : qu'est-ce qui a été étudié au Moyen Âge ? | Die Welt der Habsburger](#)



modalités qui y sont exposées.

Ce terme complexe est apparu épisodiquement dans la littérature universitaire et ministérielle autour des années 2000, comme concept de régulation des différentes formations initiales et de certifications paramédicales d'origines européennes. En France c'est la formation initiale du métier d'infirmier qui en a bénéficié en premier.

Cette notion est attachée au processus de Bologne, qui l'instaure officiellement. Dans la « *Déclaration commune des ministres européens de l'éducation-19 juin 1999-Bologne*⁵³³ », ce terme n'est pas écrit, mais c'est l'ensemble de ses

L'origine du mot université provient du mot latin « *universitas* » (XIIIe siècle) qui signifie, « acte de connaître. » Sur cette période, les étudiants allaient à l'université pour s'approprier des nouveaux savoirs, et exercer un métier noble (médecin, philosophe, militaire).

Par l'incorporation du suffixe « *sation* » c'est un processus d'actions mobiles et évolutives qui est exprimé. Cette évolution cible un ensemble d'acteurs : l'université, l'ensemble de ses personnels et les étudiants, et les IFMK. Pour Marillonnet⁵³⁴ (2010), « *L'universitarisation d'une formation passe par un processus de construction selon un modèle harmonisé répondant à des objectifs et un niveau de qualification bien définis.* » Nous ne pouvons pas dissocier ce mot de celui de processus. Avec son préfixe « *pro* », signifiant « aller de l'avant », et de « *cessus* » (terme latin) signifiant « marcher dans une direction, ou aller de l'avant, le mot universitarisation, comme processus, peut correspondre à : action d'aller vers l'avant vers la connaissance.

L'universitarisation ne peut pas être envisagée à un temps T, mais bien comme une suite d'actions organisées, ciblant un but à atteindre. Par des évaluations successives, ce concept s'adapte, se complète et se modifie.

Nous pouvons proposer une définition du mot universitarisation :

« L'universitarisation est un processus complexe, proposant d'amener un étudiant inscrit dans une université à poser scientifiquement les bases d'une réflexion sur la création de nouveaux savoirs scientifiques validés. L'ensemble de ces nouveaux savoirs devant faire évoluer la société. Cela implique que l'incorporation dans ce processus demande à l'ensemble des acteurs concernés d'accepter et d'intégrer les us et coutumes de l'université. »

⁵³³ Annexe n°14, *Déclaration commune des ministres européens de l'éducation-19 juin 1999-Bologne*

⁵³⁴ Marillonnet, 2010, « universitarisation de la formation des infirmiers et professionnalisation des formateurs. Contribution à l'étude des enjeux dans les processus de changement auprès des cadres de santé formateurs », M2, Université François Rabelais, Tour, p.25

2-2-1-2 Concept d'universitarisation

Nous rappelons que faisant suite aux différents échanges entre l'État⁵³⁵ et les différents acteurs de cette formation, la Conférence des Présidents d'Université (CPU) (2012), « *réitère son accord de fond sur la nécessaire universitarisation des formations aux métiers paramédicaux.* » Cette validation par la CPU confirme la place principale du monde universitaire médical sur l'ensemble des métiers paramédicaux. Pour la formation initiale en massokinésithérapie, les négociations ont été très souvent reportées et houleuses. Par un courrier⁵³⁶ du 15 avril 2013 commun du Collège National de la Kinésithérapie (CNKS), du Conseil National de l'ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), du Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (SNIFMK), et l'Union nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (UNSMKL) les négociations reprennent pour finaliser « *une proposition de formation professionnelle universitaire de 240 ECTS, sur la base des référentiels d'activités et de compétences élaborés par le groupe de travail de réingénierie, et dans le cadre d'un pilotage rénové associant le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.* » Cela aboutira à la réforme de 2015.

Pour la France en 2018, le dossier de presse⁵³⁷ de 2018 fait la synthèse des différents échanges débutés dès les années 2000. Il en précise l'officialisation de ce concept en ces termes : « *Cette évolution nécessite ce processus dit « universitarisation » qui englobe un ensemble de transformations en profondeur des formations paramédicales et de maïeutiques.* ».

Le modèle d'enseignement et de concepts universitaires repose sur la progressivité des enseignements aboutissant à trois niveaux de certifications diplômantes : Licence, Master, Doctorat (LMD). Cette formation est accessible post baccalauréat, ou par reconversion professionnelle via une VAE. Pour cela, on retrouve un curriculum de formation spécifique :

- Inclusion d'une formation au sein de l'université,
- Cours de formation répondant au concept LMD,
- Mise en place de diplômes universitaires européens, ou par gradification de fin d'étude,
- Formation découpée en semestres,
- Mise en place de validations des acquis de compétences par attribution d'ECTS,
- Mobilité interuniversitaire (Erasmus),
- Mobilité des formateurs.

Comment définir ce concept qui présente une mobilité d'ajustement ?

Pour Bourdoncle⁵³⁸ (2007), « *il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se*

⁵³⁵ Réponse le 27/10/2011, du ministre de la santé et de l'enseignement supérieur au courrier de monsieur David J.P, Président u CNOMK

⁵³⁶ Courrier commun du CNKS, du CNOMK, de la FFMKR, du SNIFMK, et de l'UNSMKL

⁵³⁷ Dossier de Presse, 2018, « l'universitarisation des formations en santé », Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, 14/03/2018, #formationsanté, Editio

⁵³⁸ Ibid., 440, p.138

trouvent en quelque sorte absorbés par l'université. L'universitarisation amène les structures universitaires à prendre le relais des institutions de formation d'origine qui avaient jusque-là le monopole de la formation. ».

Cela met en avant trois aspects liés les uns aux autres, impactés par ce concept :

- Les instituts de formation d'origine,
- Les savoirs, savoir-faire et savoirs-être professionnels,
- Les formateurs.

Pour les étudiants en IFMK, cela aboutit à une modification des diplômes par une double certification. Pour Noël-Hureau⁵³⁹ (2012), « *universitariser le diplôme signifie adapter les contenus, les modalités d'évaluations, les responsabilités des universités et des IFSI* ». Nous pouvons appliquer ces mêmes remarques à la formation initiale en massokinésithérapie. Nous rappelons qu'à ce jour la fin de scolarité universitaire de la formation initiale en massokinésithérapie aboutit à une double certification : une provenant de l'État par l'attribution du D.E, diplôme professionnel français, et une seconde provenant de l'université avec un grade Master. Nous pouvons ajouter que nous retrouvons là une empreinte partielle de l'universitarisation de cette formation initiale.

Pour Bourdoncle⁵⁴⁰ (2007), le lieu de formation ne se retrouve pas uniquement dans les locaux de l'université, « *« L'universitarisation consiste dans le principe soit à donner un caractère universitaire à une formation en fonction de critères et de rigueur scientifique, soit à faire suivre une formation supérieure universitaire à quelqu'un. Ainsi ce qui serait intégré à l'université serait donc universitarisé de fait et bénéficierait d'un label universitaire* ». Nous rappelons les trois profils des IFMK par rapport aux lieux d'apprentissage: ceux intégrés dans l'université, ceux à distance de l'université avec des étudiants se déplaçant dans l'université, et le troisième profil où les formateurs universitaires se déplacent dans les IFMK. Le concept d'universitarisation n'est pas attaché à une structure physique, mais bien à une structure morale. Par exemple, nous retrouvons ces mêmes trois profils pour les écoles d'ingénieurs. Pour Monceau⁵⁴¹ (2019), « *contrairement à une représentation courante, le processus ne consiste pas en l'absorption des instituts de formation par l'université* ». Mais Bourdoncle⁵⁴²(2007) propose une approche différente. Pour lui, « *on peut dire qu'il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent, se retrouvent en quelque sorte absorbés par l'université* ». L'absorption par l'université peut-elle être l'intégration physique de l'institution au sein de l'université ? Nous avons exposé les freins de cette intégration pour les IFMK. Nous actons que les quatre derniers IFMK ouverts depuis quatre ans sont intégrés dans les murs de l'université. Mais cette intégration n'est pas obligatoire pour que ce processus s'applique pleinement.

Broussal⁵⁴³ (2010) précise que l'universitarisation permet « *d'accepter l'argument selon lequel un enseignement universitaire serait plus au fait des avancées scientifiques que celui dispensé dans une*

⁵³⁹ Noël-Hureau E., 2012, « *En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?* », Biennale Internationale Transmettre, communication n°219-Atelier 21 : Formation au métier du soin, Paris 2012, p.4

⁵⁴⁰ Ibid.440, p.142

⁵⁴¹ Ibid. 4, dans préface, Monceau G., p.16

⁵⁴² Ibid. 532, p.138

⁵⁴³ Broussal D., 2010, « *Evaluation des dispositifs de formation des professions paramédicales dans un contexte d'universitarisation : quelle place pour la professionnalité ?* », Actes de congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), université de Genève, septembre 2010, p.3

école professionnelle ». Les enseignements professionnels en IFMK reposant sur l'EBP sont-ils du même niveau que ceux reposant sur l'EBM ? Nous touchons là à une dichotomie entre ces deux approches. Un des enjeux de cette universitarisation serait de les mettre au même niveau. Cela implique une universitarisation de la formation initiale en massokinésithérapie et une professionnalisation de l'université tournée vers et sur le métier de MK. Perez-Roux⁵⁴⁴ (2019), « *fait état d'un double processus d'universitarisation et de professionnalisation ambigu* », par « *le fait que ce processus d'universitarisation reste inabouti car il ne débouche pas sur une filière universitaire des métiers de la rééducation* ». Nous touchons là les limites de cette universitarisation pour le métier de MK. C'est à ce titre que nous réitérons nos propos sur une universitarisation tronquée de cette formation initiale. La CNU 91 en est-elle la clef qui débloquerait cette dichotomie ?

Nous pouvons considérer que cette formation initiale est une formation universitaire, et qu'elle est bien dans une démarche d'universitarisation. Pour Michon⁵⁴⁵ (2015) cette universitarisation répond à « *une double dialogique de professionnalisation et universitarisation* », ou primerait l'universitarisation de cette formation. Il confirme que cette formation initiale est bien incluse au groupe des formations « *universitarisées* ». Hébrard (2019)⁵⁴⁶ démontre, dans son analyse de la nouvelle réforme, que l'universitarisation est bien l'axe principal de cette réforme. Il met en avant dans les trois premiers articles du décret de 2015 l'universitarisation de cette formation par :

- Le conventionnement des IFMK avec une université de médecine,
- La double inscription des étudiants à l'IFMK et à l'université,
- L'intégration de cette formation au système européen LMD, allongée d'une année et officialisant un D.E reconnu par 240 crédits ECTS, validant un niveau grade master.

Bourdoncle⁵⁴⁷ (2002) élargit les compétences de l'université sur la gestion des différents parcours professionnels, dont les stages « *c'est l'université qui assume la responsabilité centrale pour l'apprentissage et pour la préparation académique importante qui précède le stage* ». Ces stages sont des moments importants dans la construction identitaire professionnelle pour ces étudiants. Le Portfolio personnel de chaque étudiant est l'outil de recueil des différentes validations des acquis de compétences. Ce portfolio est validé par l'université.

L'espace universitaire, et ce concept, sont aussi un espace de réflexion pour d'autres formations initiales paramédicales. Ainsi, Carton⁵⁴⁸ se questionne sur l'universitarisation de la formation infirmière, « *des questionnements liés aux conditions de production spécifiques, aux lieux d'accueil, aux statuts, à la place au sein de laboratoires demeurent* ». L'ensemble des métiers paramédicaux possèdent des établissements propres à leur formation. Nous notons que de nombreux IFSI sont soit dans l'université, soit intégrés à l'université. Pour Langumier (2005), « *l'universitarisation des professions paramédicales ne se ferait que sur la base de l'offre des universités vis-à-vis des volontés des instituts de formation de contracter un accord* ». Lors de la signature tripartite entre les IFMK, la

⁵⁴⁴ Ibid.4, p.94

⁵⁴⁵ Michon D., 2015, « Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation. » », *Kinesither Rev* 2015, 15(167), p.30-36, Dossier, réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université p.30

⁵⁴⁶ Ibid.4, Chapitre 2, p-57-68

⁵⁴⁷ Lessard C., et All, 2002, « Note de synthèse. Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle », *Revue française de pédagogie* 139, p.131-153, p.144

⁵⁴⁸ Carton E., 2017, « *L'universitarisation de la formation infirmière en France : un élan pour les recherches en sciences infirmières ?* », Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) : Recherche en spins infirmiers, 2017/3, n°130, p.4

région et l'université, le détail des lieux d'apprentissage y est inscrit. Cela questionne sur la mobilité des étudiants à suivre une scolarité entre l'université et l'IFMK.

L'universitarisation modifie la posture identitaire des paramédicaux concernés par ce processus. Leurs formations initiales professionnelles, en devenant universitaires, aboutissent pour Lecordier (2014)⁵⁴⁹ « à une reconnaissance prestigieuse et symbolique de leur profession par l'obtention du plus haut grade de la formation universitaire : le doctorat ». À ce jour, nous constatons que cette universitarisation pour l'ensemble des paramédicaux n'aboutit pas à un doctorat. Le grade le plus élevé est celui obtenu par et pour les MK, où cette formation initiale est reconnue au grade master. Bourdoncle⁵⁵⁰ (2007) précise que l'universitarisation est un des « marqueurs de prestige qui différencient le métier de la profession ». Nous retrouvons ce terme attaché à la profession dans le dictionnaire Larousse. Pour celui-ci, il la définit comme : « métier de caractère intellectuel, artistique, etc.... qui donne une position sociale plus ou moins prestigieuse ». L'article de Kinescope,⁵⁵¹ par les propos du CNKS, précise qu'avec l'apparition du « terme profession avec l'idée d'un certain prestige au sein de la société », mais avec l'avènement des nouvelles technologies, les MK auront « la sensation de perte de prestige face aux patients⁵⁵² ». Lecordier⁵⁵³ (2014) mentionne que pour les infirmiers, cette universitarisation permet « d'accéder à une reconnaissance prestigieuse et symbolique de leur profession par l'obtention du plus haut grade de la formation universitaire : le doctorat ». Cette notion de prestige, adossée à ce concept, positionne le diplômé sur un niveau élevé socialement. L'identité professionnelle de cette nouvelle formation initiale n'est plus identique à celle des réformes antérieures. C'est comme auteur (au sens d'Ardoïno) de son identité professionnelle que cette formation initiale positionne le futur diplômé. Noël-Hureau⁵⁵⁴ précise que l'universitarisation apporte « une meilleure reconnaissance sociale. » Cette mutation socio-économique du profil des nouveaux diplômés est-elle une demande de ces derniers, comme celle de la profession ? L'attente des acteurs de ce métier, via son universitarisation, n'est pas une priorité. Di Rezze-Fleuriet (2019) précise que l'évolution de posture par ce concept peut-être ressentie pour le formateur « comme une menace pour son identité professionnelle et c'est à celle-ci qu'il devra savoir s'adapter ». Comment un formateur se questionnant sur sa posture professionnelle peut-il guider l'apprenant sur une posture professionnelle non validée par le formateur ? Ce concept repose aussi sur l'universitarisation des formateurs et sur la professionnalisation de l'université qui doit tenir compte des spécificités de chaque métier. Le binôme universitarisation-professionnalisation est l'axe majeur de la réussite de ce concept. Di Rezze-Fleuriet⁵⁵⁵ (2019) précise que « l'universitarisation est le vecteur principal de l'évolution d'une profession ».

Pour Dufumier⁵⁵⁶ (2005), l'universitarisation vient bousculer les représentations de l'apprenant qui doit développer de nouvelles stratégies pour progresser. Il s'exprime en affirmant que « ce

⁵⁴⁹ Lecordier D., 2014, « Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières ? », Dans Recherche en soins infirmiers 2014/3, n°118, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.6

⁵⁵⁰ Bourdoncle R., 2007, « la formation des enseignants : du métier à la professionnalisation », 1^{ère} conférence des journées d'étude « formation de formateurs, Paris, INRP, 19-20 septembre 2007, p.74

⁵⁵¹ Kinéscop-Collège National de la Kinésithérapie Salariée (CNKS), 2022, n°17, « Profession et/ou métier ? » p.18, p.41

⁵⁵² Ibid.546, p.41

⁵⁵³ Ibid.550, Editorial

⁵⁵⁴ Ibid.540, p.4

⁵⁵⁵ Di Rezze-Fleuriet M., 2019, « l'évolution de l'identité du formateur face à l'universitarisation de la formation infirmiers et à l'avènement du E-Learning », Champ social/ « spécificités », 2019/3, n°14, p.59-72, p.69

⁵⁵⁶ Dufumier F., 2005, « L'universitarisation de la formation des paramédicaux, quels impacts possibles sur la pratique professionnelle ?, quels enjeux pour un organisme de formation continue ? », Master 2 ingénierie et conseil en formation. UFR de Psychologie, sociologie et Sciences de l'Éducation). Rouen : Université de Rouen. p.25

développement passe par la remise en cause de certaines représentations et d'abord d'une image du savoir comme objet extérieur transmissible ou comme objet magique et quasi inaccessible qui procure la puissance à celui qui le possède ». Ce concept d'universitarisation touche différentes strates de l'identité professionnelle. Le futur diplômé sera reconnu comme appartenant à une des classes sociales les plus élevées, comme le groupe professionnel auquel il a appartenu. Ce concept d'universitarisation valorise à la fois, les diplômés, les formateurs, les IFMK, le groupe professionnel et l'université.

Notre sujet de recherche repose sur une entité singulière : la formation professionnelle universitaire initiale en massokinésithérapie. Comment l'université, par l'inclusion au processus d'universitarisation, s'approprie-t-elle ce profil particulier ? Et comment cette formation s'adapte-t-elle à l'université ? Nous rappelons que les premières universités étaient professionnelles.

Bourdoncle⁵⁵⁷ (2007) en propose une approche comme : « *Ce sont d'abord des formations universitaires, traversées par une histoire multiséculaire, qui a déposé dans les esprits plusieurs modèles d'université. Au gré des époques, ceux-ci se sont combattus ou combinés pour satisfaire mais aussi modeler les exigences professionnelles du moment. Ce sont ensuite des formations professionnelles. Celles-ci ne se limitent pas à la simple transmission de connaissances. Elles tentent de développer aussi des savoir-faire et de faire émerger chez le futur professionnel des savoir-être (attitudes, habitus, valeurs, éthique). Pour ce faire, elles ont inventé et mis au point des formulations de programmes, des dispositifs et des méthodes de formation que les secteurs universitaires plus exclusivement disciplinaires connaissent peu.* » Par cette longue définition, Bourdoncle met en avant une concomitance d'évolution de ces deux profils. Le milieu professionnel, par les avancées de l'industrialisation, puis l'arrivée des nouvelles technologies, a cherché à se professionnaliser plus finement. À ce titre, il a fait appel à l'université pour être accompagné. Et réciproquement, l'université profite de l'ouverture sur le monde pour étendre son axe premier : la recherche. Elle propose à l'ensemble des formations professionnelles de la rejoindre. Le processus d'universitarisation est la clef d'entrée de ces formations professionnelles pour accéder à l'université. Chevallard⁵⁵⁸ (2009) précise qu'« *une formation professionnelle universitaire doit assumer humblement un postulat d'ignorance ou de quasi-ignorance grâce auquel il devient possible d'identifier peu à peu, collectivement, les principaux problèmes de la profession sur lesquels butent non seulement les professionnels en formation mais aussi, presque toujours, la profession elle-même* ». Les prérequis professionnels, comme les acquis informels, seront mis à l'épreuve de ce concept. Les références que porte une formation professionnelle s'adapteront aux nouvelles normes proposées par l'universitarisation de sa formation. Pour Barrère⁵⁵⁹ (2009) elle se définit par « *le fait de permettre un certain type de réflexions sur sa discipline ou son domaine, ses enjeux et son évolution, au-delà même des programmes ou des prescriptions* ». Lebeaume⁵⁶⁰ précise qu'« *en se développant, une matière d'enseignement créerait ainsi le besoin d'une discipline universitaire parente pour légitimer son existence et former ses propres enseignants* ». Cela confirme la dualité

⁵⁵⁷ Ibid.532, p.131

⁵⁵⁸ Chevallard Y., et All, 2009, « Pour une formation professionnelle d'université », Recherche et formation, 60/2009, La formation des enseignants, p.51-62, p.56

⁵⁵⁹ Barrère A., et All, 2009, « La formation professionnelle universitaire des enseignants. », Recherche et Formation, 60/2009, La formation des enseignants, p.5-11, p.2

⁵⁶⁰ Lebeaume J., et All, 2013, « De la technologie industrielle aux sciences de l'ingénieur en France de 1945 à 2013 : contribution à l'étude du processus de disciplinarisation », Education et didactique, 7-2/2013, Varia, p.47-67, p.50

entre les formateurs de la filière professionnelle et ceux de l'université. Pour les premiers, on retrouve une universitarisation afin d'augmenter la valeur professionnelle, et pour les seconds une professionnalisation pour asseoir l'universitarisation. Avenel⁵⁶¹ (2019), citant Signeyrole (2015), précise que « *cette mutation dans la structure de la formation est synonyme d'un enjeu de reconnaissance particulièrement fort pour la profession, celui de passer de professionnel concepteur, ingénieur et donc de décideur des choix techniques* ». Le rôle social et sociétal indirect de ce concept se retrouve dans la nouvelle posture qu'elle développe dès la formation initiale.

Pour Monceau⁵⁶² (2019), « *l'universitarisation de la formation professionnelle est un processus pour lequel l'institution universitaire est elle-même contrainte de se réformer* ». Bourdoncle⁵⁶³ (2007) précise que « *ce qui vient de l'intérieur, la création de diplômes, transformerait l'université elle-même, c'est-à-dire, lorsqu'il s'agit de la création de diplômes professionnels, la professionnaliserait ; ce qui vient de l'extérieur, serait transformé par l'université, c'est-à-dire universitarisé* ». L'université se professionnalise par l'appropriation des processus professionnels. Elle essaie de trouver un plus petit dénominateur commun entre sa vision et la réalité professionnelle afin d'adapter son approche pédagogique.

Le concept d'universitarisation modifie la posture de l'apprenant. Cette posture perdurera lors de son activité professionnelle. La réflexivité et l'autonomie sont deux points forts de ce concept. L'étudiant devient auteur de et dans sa formation initiale universitaire, comme dans sa pratique professionnelle. Avenel⁵⁶⁴ citant Michon (2015) précise que l'universitarisation de cette « *formation initiale en massokinésithérapie doit permettre au kinésithérapeute « de développer « un savoir agir » dans tous ses champs d'intervention et « un savoir évoluer » pour développer tout au long de sa vie ses compétences professionnelles* ». La continuité de ce concept pourra se retrouver par l'implication des professionnelles dans les formations professionnelles tout au long de la vie. Nous rappelons que les MK ont l'obligation, depuis le premier janvier 2023, de s'inscrire dans la démarche de DPC sur une période de trois ans.

2-2-1-3 La posture réflexive une des composantes de l'universitarisation.

Nous retrouvons ce terme dans le programme de formation de 2015 sous l'intitulé UE 10, « *démarche et pratique clinique ; élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive* ». Puis sous l'intitulé de la compétence 3, indicateur, 2) Qualité de la posture éducative de MK : « *le recul réflexif est exercé dans une vision systémique* ». Dans l'annexe IV bis, finalités de la formation : « *L'étudiant est ainsi amené à devenir un professionnel de santé autonome, responsable et réflexif* ». Et enfin, dans UI 29, analyse de la pratique professionnelle, objectifs : « *cette UE permet l'acquisition d'un recul réflexif sur la pratique professionnelle de la kinésithérapie, favorisant l'ajustement de son exercice à la singularité des situations des personnes et des structures de soins, à la complexité des situations, des relations entre les différents acteurs du système de santé et à l'évaluation des effets des traitements.* » Le terme « réflexive » est mentionné vingt quatre fois, la « réflexivité » deux fois. La réflexivité est bien au cœur de cette formation.

⁵⁶¹ Ibid. 4, Avenel, p.48

⁵⁶² Ibid.4, Preface, Monceau, p.16

⁵⁶³ Ibid.532, p.136

⁵⁶⁴ Ibid.4, p.49

Cela positionne le formateur dans une nouvelle posture. L'étudiant est amené à s'approprier cette posture. Tout l'art repose sur les interactions entre étudiants et formateurs (en IFMK, à l'université, sur les terrains de stages), les interactions entre étudiants de promotions différentes, et/ou d'IFMK différents, entre étudiants et patients. Le futur professionnel adaptera sa posture au regard de la clinique retrouvée, des thérapeutiques envisagées et du profil du patient.

Pourcelot⁵⁶⁵ (2015) repositionne l'apprenant qui « *est placé au cœur de la formation : il est le moteur de son apprentissage et est amené à construire des compétences, dans l'action, par une attitude réflexive* ». Elle complète ses propos par, « *l'étudiant est ainsi formé pour devenir un professionnel autonome, responsable, réflexif, et capable d'analyser toutes situations de santé en suivant un modèle biopsychosocial, puis, pour détenir des compétences universitaires qui lui permettront, éventuellement, de se diriger vers la recherche* ». Cette nouvelle notion accompagnera le formé tout au long de sa carrière. Un des outils proposés par ce processus est le « mémoire d'initiation recherche ». Livain⁵⁶⁶ (2010) citant Vincent, qui « *a démontré que l'élaboration d'un mémoire recherche favoriserait la logique réflexive des étudiants en ergothérapie* ». Nous assistons là à un changement de l'identité professionnelle de ce métier. Les formateurs découvrent cette nouvelle notion dans la formation initiale, et nous pouvons nous questionner sur le positionnement de ces derniers. Perez-Roux⁵⁶⁷ (2019) mentionne que, « *les formateurs soulignent les apports de la réforme en ce qui concerne « la démarche réflexive avec les étudiants » et l'approche par problèmes* ». Ces évolutions, attendues par le législateur, viennent bousculer les façons de faire antérieures ». Pour Pilotti⁵⁶⁸ (2019), « *ils (les formateurs) passent d'un modèle transmissif à un modèle plus réflexif* ». Cette écriture se retrouve sur l'UE28 du programme de 2015. Ce concept, favorisant la réflexivité, interagit avec celui de la professionnalisation. Cette réflexivité se retrouve dans ces deux concepts. Perrenoud⁵⁶⁹ (2001) positionne « *la pratique réflexive (des étudiants) mais aussi des formateurs au cœur d'une professionnalisation exigeante, en constante évolution* ». Les formateurs eux-mêmes changent de posture, elle s'universitarise.

Pour Paivandi⁵⁷⁰ (2015), « *apprendre à l'université* » fait appel à une réflexivité. Il décrit cet apprentissage comme : « *Apprendre à l'université ne signifie pas de se contenter de la quantité de notions acquises ou du nombre d'exercices réalisés : il s'agit de développer la capacité de mobiliser ces notions d'une manière pertinente dans une démarche exploratoire, critique et innovante* ». Cela questionne de nouveau la posture des formateurs. Perez-Roux⁵⁷¹ (2019) rapporte les propos de formateurs. Ceux-ci, « *en effet, les formateurs expriment, en miroir, des difficultés sur ces mêmes thématiques : « la démarche réflexive avec les étudiants », le suivi du mémoire professionnel », et « l'approche par problèmes » semblent délicats à mettre en œuvre. Ils nécessitent un repositionnement dans l'accompagnement des étudiants et renvoient les formateurs à leurs (in)compétences et au besoin de se professionnaliser. Ces éléments donnent à comprendre certaines problématiques qui traversent le groupe des formateurs confrontés à l'épreuve du changement* ». La

⁵⁶⁵ Ibid.4, p.71

⁵⁶⁶ Ibid.358, p.40

⁵⁶⁷ Ibid.4, p.95

⁵⁶⁸ Ibid.4, p.160

⁵⁶⁹ Perrenoud P., 2001, « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation », Cahiers pédagogiques, 2001, n°390, p.42-45, p.43

⁵⁷⁰ Ibid.504.p.23

⁵⁷¹ Ibid.4, p.95

réflexivité développée par l'universitarisation de cette formation initiale touche aussi l'ensemble des équipes pédagogiques. On peut considérer qu'il y a montée en « puissance » de cette réflexivité pour ces équipes, et, qu'avec l'expérience, celle-ci sera plus confortable pour les formateurs. Les remarques apportées sur ce paragraphe, reposent sur une enquête en début d'application de cette réforme. Une recherche sur l'évolution de cette posture réflexive des formateurs, les premiers diplômés de cette réforme, et les étudiants pourrait être proposée. Cet axe n'est pas développé dans nos travaux. La réflexivité sera questionnée lors des entretiens, comme critère de la construction identitaire issu du concept d'universitarisation.

Nous concluons ce paragraphe par les propos de Perez-Roux sur les formateurs de l'époque ; « *Ce changement est diversement perçu. Si certains formateurs éprouvent des difficultés à se situer dans cette période de transition, à comprendre les nouveaux enjeux professionnels et les politiques qui les sous-tendent, d'autres tentent de se saisir de cette dynamique en s'investissant dans de nouvelles missions ou en choisissant de développer de nouvelles compétences* ». À ce jour, le « recrutement » des nouveaux formateurs se fait sur la base minimum du D.E et d'un titre universitaire de niveau M2.

2-2-1-4 L'autonomie une des composantes de l'universitarisation.

Nous retrouvons, dans l'intitulé du programme de cette formation initiale de 2015, six fois le mot autonomie, et quatre fois autonome.

Nous introduisons ce paragraphe par les propos de Pourcelot⁵⁷² (2015) qui positionne l'apprenant comme : « *l'étudiant est ainsi formé pour devenir un professionnel autonome,...etc.* » De sa posture réflexive, une autonomie de réflexion, de questionnement et d'action sont sollicitées. Pour Fayolle⁵⁷³ (2009), « *en générant un processus de questionnement individuel, des stratégies de recherche d'informations et d'auto-évaluation de sa démarche et de sa réponse, l'approche par problèmes permet à l'étudiant de développer sa capacité réflexive et son autonomie* ». C'est de nouveau par la réflexivité que cette autonomie est mise en avant. Pour Perez-Roux⁵⁷⁴ (2020), « *cette approche réflexive devient le moyen de former « à la main qui pense », à une autonomie professionnelle face aux choix à opérer en situation de prise en charge complexe* ». Reitel⁵⁷⁵ (2021) précise que le lieu d'apprentissage est un des « outils » de développement de l'autonomie des apprenants : « *l'université, un lieu de formation qui renforce l'autonomie des étudiants* ». Nous rappelons que cette formation initiale est appelée formation initiale professionnelle universitaire. Les lieux d'apprentissage sont distincts. L'autonomie est-elle plus développée au sein de l'université, ou dans les IFMK ? L'université par a méthodologie d'apprentissage apporte les concepts aux formateurs des IFMK. Ces derniers incitent, motivent et accompagnent les étudiants à être autonomes dans leur formation. Nous rappelons que certaines UE sont facultatives, ou non obligatoires. C'est bien l'étudiant lui-même qui organise son parcours de formation. L'IFMK développe-t-il l'autonomie du futur professionnel face au patient et à son raisonnement clinique ?

⁵⁷² Ibid.4, p.71

⁵⁷³ Fayolle A., et All, 2009, « *Pédagogies actives et entrepreneuriat : quelle place dans nos enseignements ?* » Revue de l'Entrepreneuriat, 2009, n° 8, vol. 2, pp. 1-15.p.7

⁵⁷⁴ Perez-Roux T., 2020, « *Représentations et formes d'appropriation de la réforme des études en masso-kinésithérapie par les formateurs : regards croisés entre échelles nationales et locale* », Adrese/Cire. « Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle », 2020/1, vol.53, p.31-56, p.44

⁵⁷⁵ Reitel B., 2021, « *Identité(s) et universités nouvelles, une question de proximité ?* », Education, formation et lien social ; Artois Presse Université, p.203

Cette autonomie estudiantine, comme étudiants en formation initiale en massokinésithérapie puis comme professionnels, est une des attentes de cette réforme. Prairat⁵⁷⁶ (2016) précise « *ce que l'on attend aujourd'hui d'un professionnel de santé : être autonome, réflexif, responsable de ses actes de simple exécutant et prenant des initiatives et en donnant du sens à ses actes dans le cadre de son rôle propre* ». Cette autonomie proposée sur cette formation est un des fragments de l'autonomie même de l'étudiant. Cicchelli⁵⁷⁷ (2013) rappelle que : « *la notion d'autonomie concerne les différentes dimensions de l'existence. Au cours de la jeunesse, elle a été définie comme le franchissement des étapes vers l'indépendance par rapport à la famille d'origine, la capacité à se créer un univers propre et la capacité à gouverner sa vie en faisant des choix pertinents* ».

Mais comment pouvons-nous définir ce mot autonomie ?

Alberola⁵⁷⁸ (2012) précise que « *la définition de l'autonomie reste complexe et suscite le débat, que ce soit tant dans sa dimension conceptuelle que dans sa dimension opérationnelle.* » Elle⁵⁷⁹ en propose une approche comme : « *l'autonomie se réfère à la fois à l'individu et à ses compétences, au fonctionnement de la vie sociale.* » Nous touchons là la complexité de cette notion. Pour la formation initiale en massokinésithérapie, nous pouvons nous questionner sur les moyens à disposition des formateurs, et du programme, pour développer cette autonomie ? L'étroite relation entre réflexivité et autonomie serait l'axe proposé.

Le Larousse propose une définition : « *capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose.* » Nous retrouvons là, la volonté de la personne à être autonome.

Le dictionnaire de l'Académie Française propose sa définition : « *une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée. La possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement* ».

Appay⁵⁸⁰ (2012) propose une définition de l'autonomie « *comme force libératrice devant permettre à chacun de se développer, d'évoluer, de créer en dehors des sentiers battus, en dehors des forces de la reproduction sociale qui pérennisent les inégalités sociales et l'aliénation, qui encouragent la conformité plutôt que l'innovation* ». Nous pouvons compléter cette définition par celle proposée par Warchol⁵⁸¹ (2007) : « *l'autonomie peut se définir comme la possibilité de s'administrer librement dans un cadre déterminé, synonyme d'indépendance, c'est aussi la possibilité d'agir sans intervention extérieure.* » Le futur MK, formé par cette nouvelle formation initiale, est-il plus autonome par rapport à ceux des années précédentes ? La réforme précédente proposait la liberté de prescription de certains matériels conformément aux textes législatifs, et via le BDK une autonomie d'action. Quels changements pourraient être retrouvés entre ces deux générations de formés ? Cet axe n'a pas été exploré.

⁵⁷⁶ Prairat E., 2016, « L'universitarisation de la formation infirmière. Radiographie d'une réforme dans les IFSI Publics Lorrains », Thèse soutenue le 1^{er} juin 2016, Université de Lorraine, école doctorale Stanislas, p.28

⁵⁷⁷ Cicchelli V., 2013, « *L'autonomie des jeunes. Questions politiques et sociologiques sur les modes étudiants* », Paris, La Documentation de France, p.97

⁵⁷⁸ Alberola E., 2012, « La notion d'autonomie dans le travail social. L'exemple du RMI/RSA », Edit : Erès, dans Vie sociale 201/1, n°1, p-145-156, p.145

⁵⁷⁹ Ibid. 579, p.146

⁵⁸⁰ Appay B., 2012, « *De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie* », Edit : Erès, dans : Vie sociale 2012/1, n°1, p.29-70, p.29

⁵⁸¹ Warchol N., 2007, « *La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle* », Edit : Association de Recherche en soin infirmier, Dans Recherche en soin infirmier 2007/4, n°91, p.75-96, p.77

Cette notion repose pour Alberola⁵⁸² sur la volonté personnelle de l'apprenant à être autonome. Elle expose que, « *les personnes sont invitées à se débarrasser des liens de dépendance pouvant constituer une entrave à leur autonomie, mais cet appel à l'agir et au rôle d'acteur peut rendre à son tour dépendantes et limiter l'autonomie des personnes peu prêtes à cette démarche, qui peut être aussi une prise de risque. On peut donc penser qu'il est vain de vouloir l'autonomie pour autrui : l'autonomie s'acquiert grâce à la volonté de l'individu lui-même qui cherche une plus grande souplesse dans ses relations avec son environnement* ».

Nous concluons par la définition proposée par « Défi Autonome⁵⁸³ » (2023) : « *L'autonomie englobe à la fois les possibilités qui sont offertes de piloter son propre apprentissage et la capacité de l'étudiant à agir sur le processus afin de conduire son propre parcours d'enseignement-apprentissage, en vue d'atteindre les objectifs qu'il se fixe. Dans la situation où ce sont les conditions que l'on veut préciser, il est très courant que l'autonomie soit évoquée par les praticiens pour rendre compte d'un apprentissage conduit de manière solitaire. Dans la pratique enseignante, l'autonomie est alors utilisée, à tort, comme pointant globalement des conditions dans lesquelles l'individu doit effectivement faire preuve d'autonomie* ».

L'ensemble des définitions proposées présente l'autonomie comme un espace de liberté accordé à une entité, afin de pouvoir prendre des décisions, agir librement pour effectuer une tâche, tout en respectant un cadre défini de l'activité mobilisée. L'étudiant de cette formation initiale en massokinésithérapie devra s'adapter à trois phénotypes d'autonomies.

- La première, celle d'étudiant issue de la première année universitaire,
- La seconde, celle développée au sein des IFMK,
- La troisième, celle à développer dans son futur métier.

Nous retrouvons là les trois profils avancés dans un paragraphe précédent. Concernant cette troisième composante, « l'autonomie » se professionnaliserait au contact du métier par l'ensemble des interactions professionnalisantes.

Cette formation initiale est incluse dans l'ensemble des formations que propose l'université. À ce titre, l'université fonctionnerait en toute autonomie. Cette dernière est même l'une des conditions de production de savoirs.

2-2-1-5 Conclusion

L'universitarisation selon Bourdoncle (2007⁵⁸⁴) repose sur trois aspects :

- a) L'institution de formation d'origine.

Bourdoncle propose plusieurs modalités. Soit elle est transformée pour pouvoir être attachée à l'université, comparable à un processus « d'expansion ». Soit elle est absorbée et intégrée définitivement à l'université, comparable à un processus « d'absorption ». Cette

⁵⁸² Ibid.579, p.147

⁵⁸³ Défi autonome, Etudiant, site consulté le premier mars 2023, [Comment développer l'autonomie des étudiants ? \(defi-autonomie-etudiants.fr\)](https://www.defi-autonomie-etudiants.fr/)

⁵⁸⁴ Ibid.

« fusion » universitaire positionne la posture des formateurs, issue des instituts professionnels, comme non adaptée à celle des enseignants chercheurs de l'université. Noël-Hureau⁵⁸⁵ (2015) précise « *que chacun doit trouver un bénéfice commun et mutuel* »⁵⁸⁶, tout en étant conscient « *de la lourdeur des démarches et des procédures* ». La pédagogie et les champs des apprentissages étant différents, la coopération des formateurs des instituts et des enseignants chercheurs de l'université, doivent trouver un dénominateur commun entre enseignements théorico-pratiques professionnels et la recherche universitaire. C'est là tout l'enjeu de ce concept, comment faire « fusionner » deux identités professionnelles de formateurs d'horizons et d'objectifs différents. Le cœur du métier de MK sera-t-il lui aussi absorbé au détriment de la recherche ? L'identité professionnelle d'origine est-elle vouée à disparaître ?

b) Les savoirs professionnels

Ces savoirs professionnels sont très souvent issus de la pratique, de la bonne pratique professionnelle. Comment le sens primaire de ces savoirs professionnels est-il intégré, modifié, ajusté par l'activité première de l'université : la recherche ? L'université propose des théorisations de bonnes pratiques. Mais comment face à la singularité d'un sujet, la créativité peut-elle s'exprimer ? Pour les MK l'autonomie professionnelle repose sur une approche thérapeutique provenant du BDK. Pour une pathologie commune, le MK officiera différemment, au regard du critère principal : l'attendu du patient. Nous pouvons nous questionner sur la standardisation des méthodologies d'approches thérapeutiques validées scientifiquement par la recherche universitaire. Cette standardisation repose plus sur le concept de l'EBM et le regard médical. Pour la massokinésithérapie, l'EBP doit être sollicité à la même hauteur que l'EBM. Cela pose la question suivante : comment un effet placebo, soulageant un individu, peut-il être accepté par l'autorité de tutelle des professionnels du soin. Nous rappelons que le système français du soin repose sur un conventionnement entre ces professionnelles et l'assurance maladie, qui prend en charge certains frais médicaux et paramédicaux avec comme objectif l'amélioration de l'état de santé de la personne à retrouver une activité professionnelle. Bourdoncle⁵⁸⁷ (2007) précise que même dans « *les écoles professionnelles, l'université peut être créatrice de savoirs et de pratiques nouvelles autant que reproductrice des savoirs et des pratiques anciennes* ». Cela est déjà acté pour le métier de MK. Par exemple, l'écriture du BDK doit mettre en avant des thérapeutiques validées issues de la recherche universitaire. Il existe bien, en amont de cette universitarisation, des empreintes de celle-ci au sein des IFMK. C'est par la recherche scientifique que ce concept d'universitarisation validera la formation initiale en massokinésithérapie. À ce jour, ce cursus n'est reconnu qu'au grade Master, sans possibilité d'un grade de docteur en massokinésithérapie. Les Mk désirant obtenir ce grade se forment sur des domaines applicables à la massokinésithérapie comme déjà développé sur un paragraphe précédant. Ce que nous pouvons conclure, c'est que ce métier a tous les critères pour être inclus dans l'université, comme formation universitaire. Il persiste un réel frein de

⁵⁸⁵ p1

⁵⁸⁶ p.7

⁵⁸⁷ p.141

certaines instituts qui perdraient leur autonomie, dont le principal : les recettes provenant des inscriptions.

Ces savoirs professionnels de la pratique sont développés lors des différentes interactions en TP, TD, et stages. Quelle posture doit avoir le formateur ? Nous assistons là à un changement de paradigme. Le formateur de la pratique professionnelle, qui était sur une approche de transmission de savoirs et de gestes professionnels, se retrouve sur une approche réflexive, basée sur la recherche. Cela implique une universitarisation de ce dernier, ou une professionnalisation pour ceux issus d'une filière universitaire non médicale (Ex : SHS). L'appropriation de ces savoirs leur permettrait de connaître et de comprendre plus finement ce métier. La CNU 91 pourrait être un synopsis adapté à cette universitarisation. La certification grade M2, et par équivalence du D.E, permettrait au MK de travailler. Pour ceux s'orientant vers la recherche, le grade de « docteur » de la même filière serait le « bon ». Et là, nous aurions une universitarisation non tronquée répondant au système LMD.

c) Les professionnels des instituts au contact des universitaires avant ce processus

Les formateurs des IFMK, avant l'entrée dans ce concept, se sont déjà appropriés cette notion de « recherche ». Nous rappelons que pour être formateur en IFMK, un titre universitaire de grade Master est fortement recommandé, et deviendra obligatoire prochainement. Des négociations sont en cours. Ces formateurs orientaient les étudiants sur les différentes approches thérapeutiques proposées par l'EBP. Ces notions se retrouvaient dans le mémoire d'initiation à la recherche. L'universitarisation de cette formation fait évoluer la posture de l'ensemble de ces enseignants. De très nombreux d'entre eux se sont investis dans un parcours doctoral. Cela pourrait mettre en avant une différence entre les formateurs issus de l'université, et ceux issus des IFMK (même s'ils ont un titre universitaire comme docteur). Ces derniers risquent d'être considérés comme des « docteurs formateurs professionnels », statut moins valorisant que celui d'enseignant chercheur. Bourdoncle⁵⁸⁸ (2007), citant Boyer, précise que : « *il faut donner la même dignité savante à l'expertise en matière d'enseignement, d'intégration des connaissances et d'application qu'à celle en matière de recherche* ». Cette transition perdurera jusqu'à la création d'un titre de docteur en massokinésithérapie.

2-3 Conclusion

À ce jour, l'universitarisation de cette formation initiale est en pleine structuration, par des ajustements de fonctionnement comme des programmes. Elle a enclenché de nombreuses craintes de la part des étudiants, des formateurs et des instituts, mais très peu de l'université. Son application est majoritairement acquise. Pour Michon⁵⁸⁹ (2020), « *Ces cinq dernières années, les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK), tous statuts confondus, et leurs partenaires, ont su relever ce challenge, tant pour les admissions après une année universitaire validée que pour le conventionnement de leurs parcours de formation avec les universités. Les enseignants se sont engagés depuis plus de trois décennies dans l'acquisition de titres universitaires diversifiés. La mise en*

⁵⁸⁸ Bourdoncle R., 2007, « *Autour du mot universitarisation* », Recherche et formation, n°54, p.135-149

⁵⁸⁹ Michon D., 2020, « Tenir la dialogique intégration universitaire et amélioration de la professionnalisation », Kinésithérapie La Revue, Oct. 2020, 20(226), 1-2, p.1

place, l'an dernier, de la section 91 du Conseil National des Universités (CNU) permet à ceux qui ont obtenu un doctorat d'envisager l'obtention d'une qualification universitaire « Rééducation-Réadaptation » poser leur candidature à des offres de postes de Maître de Conférence (MCU) ». Une des propositions du CNU est une équivalence du D.E au grade Master et non un niveau Master 2 en massokinésithérapie. C'est un des premiers points régulièrement soulevés. L'université sera-t-elle la structure qui proposera définitivement la vraie reconnaissance d'un diplôme universitaire pour ce métier, ou pourrions-nous retrouver un diplôme professionnel équivalent à ceux des ingénieurs ? Si l'université se retrouve la seule et sur un parcours complet, cela officialisera définitivement le processus complet d'universitarisation de cette formation initiale. Y-aura-t-il disparition des IFMK ?

Nous rappelons que cette universitarisation correspond à un changement global de paradigme de la sphère médicale et paramédicale. Le paradigme biomédical est remplacé par celui du bio-psycho-social. L'universitarisation ciblée à cette formation est un des maillons de ce changement de paradigme.

Nous exposons qu'un des objectifs de cette universitarisation « est de mieux préparer les étudiants à l'exercice de la massokinésithérapie en intégrant une double logique de professionnalisation (Bourdoncle, 1991,2000 ; Hébrard, 2004 ; Wittorski, 2007,2008) et d'universitarisation (Bourdoncle, 2007) » Perez-Roux⁵⁹⁰ (2019). Nous pouvons nous questionner sur le terme « mieux ». Cela remet-il en question les formations antérieures et le professionnalisme des MK non issus de cette nouvelle formation ? Et comment intégrer les diplômés ayant eu une formation hors France ? Ne serait-il pas plus simple de proposer comme objectifs : l'universitarisation à pour objectifs d'ajuster les savoirs, savoir-faire et savoir-être de ce métier au regard des exigences universitaires. L'approche par la recherche serait l'outil universitaire d'appropriation de cette nouvelle formation initiale. Cela implique de la part des étudiants comme des formateurs de s'approprier deux concepts : une posture réflexive et une autonome. Cette dualité constructive affine les compétences attendues par cette formation.

La place de l'entité université a un rôle et une place importants dans le paysage français. Cette universitarisation accompagne aussi la place sociale et sociétale des futurs formés et du métier. Perez-Roux citant Charlot (1997) précise que : « enfin Charlot (1997) met en lumière ce qui relève du rapport social, lié à la position sociale mais aussi à l'histoire sociale ; l'évolution du métier, du marché du travail, des manières d'agir partagées par le groupe professionnel mais aussi des ruptures potentielles entre générations ». Nous touchons là toute la complexité de ce concept. Il n'est pas mono centré sur l'apprenant et les formateurs, mais bien sur un écosystème porté par l'université, sa place dans la société et la place qu'elle attribue par ces diplômes.

Nous avons abordé les différents phénotypes de relations entre l'université et les IFMK. Nous compléterons nos propos par cette question, quelle réelle place occupe l'université face aux IFMK ? Bourdoncle⁵⁹¹(2009) précise que « l'universitarisation amène les structures universitaires à prendre le relais des institutions de formation d'origine qui avaient jusque-là le monopole de la formation ».

⁵⁹⁰ Ibid.4, p.81

⁵⁹¹ Bourdoncle R, 2009, Chapitre 1. « L'universitarisation. Structures, programmes et acteurs », dans « l'université peut-elle former les enseignants ? Quelles tensions ? Quelles modalités ? Quelles conditions ? » 2009, Col. Perspectives en éducation et formation, Edit. De Boeck Supérieur, p.17-28, p.29

Prendre le relais est-il de phagocyter les IFMK ? Cette appropriation est-elle réalisable compte tenu de la place sociétale des différents IFMK ? De très nombreux instituts génèrent des perspectives d'études locales, d'emplois sur le territoire. Ils participent à la vie locale (diverses manifestations), génèrent par les différentes taxes des revenus aux collectivités où elles sont implantées. Cet écosystème, comme l'hôpital dans certains territoires, s'il devait disparaître, serait un vrai manque à gagner pour les communes, les habitants et les futurs étudiants. La notoriété et l'attractivité locales en seraient impactées. Un des rôles de l'université ne serait-il pas de couvrir un maximum du territoire français ? Pour l'université, pourquoi investir dans une restructuration de ses locaux pour accueillir cette formation initiale professionnelle à besoin particulier. L'acquisition des plateaux techniques pour l'acquisition des compétences « de la pratique professionnelle » serait un des freins d'intégration des IFMK pour les universités. L'universitarisation pourrait être validée définitivement soit au sein des universités, soit au sein des différents IFMK. Mais cela induit un questionnement : comment envisager les frais de scolarité équitables ? Le concept d'universitarisation, pour rester égalitaire, doit proposer une approche financière identique à tous les étudiants. Nos propos complètent ceux de Bourez⁵⁹² (2006) qui s'est questionné sur ce concept : « *S'agit-il d'un changement de tutelle ou d'une double tutelle sur les concours, les contenus de formation, et les diplômes, ou bien s'agit-il d'un dispositif diplômant ayant une structure identique à celle des dispositifs universitaires ?* ». Si ce concept n'est qu'une modification du prestataire, peu importe le lieu d'apprentissage. Ce que nous pouvons ajouter, c'est qu'à ce jour c'est bien une triple tutelle qui valide cette formation initiale, même pour les nouveaux IFMK directement inclus au sein des universités. Mais, pour que ce concept ait une véritable identité, la tutelle régionale ne devrait plus être sollicitée. L'autonomie des universités ne repose pas sur une signature régionale. Mais l'université est-elle vraiment autonome ?

Charles⁵⁹³ (2007) se questionne sur l'autonomie des universités : « *Les contrôles externes de l'enseignement et de la recherche sont présentés comme des phénomènes naturels, et personne ne cherche à se demander ce qu'il est devenu de la notion d'autonomie professionnelle des universitaires ou de l'idée de liberté académique.* » L'université, comme toute entreprise est évaluée, et peut se retrouver dans les différents classements nationaux comme internationaux (classement mondial des universités du Times Higher Education (THE), classement de Shanghai, et.). Lors de l'incorporation de nouvelles formations, elle cherche, par son concept d'universitarisation, à progresser aussi dans ces classements. Nous retrouvons là toute l'ambiguïté de ce concept pour les étudiants en massokinésithérapie. Ces derniers préfèrent l'apprentissage du métier de MK à celui de chercheur. Pourcelot⁵⁹⁴ (2019) appuie nos propos, « *À nouveau, l'aspect professionnalisant et pratique de la formation plaît d'avantage que celui de la réflexivité et de l'écriture. Les travaux écrits et/ou oraux fondés sur une méthodologie de recherche documentaire et d'analyse de la littérature ne font donc pas l'unanimité.* »

Nous terminerons notre développement par les propos de Meunier⁵⁹⁵ (2010), « *l'universitarisation est un processus long et complexe mettant en jeu l'intérêt de nombreux acteurs* ». L'harmonisation des formations universitaires des pays européens ayant signé le processus de Bologne a fortement modifié les formations initiales des professionnels de santé des métiers paramédicaux. Cette

⁵⁹² Bourez A, 2006, « L'universitarisation des formations en santé, quels enjeux ? », Soins Cadres, n°59, p.59-61, p.60

⁵⁹³ Ibid.496, p.147

⁵⁹⁴ Ibid4, p.77

⁵⁹⁵ Meunier-Schoen, 2010, « universitarisation des professions paramédicales : quel projet pour l'entreprise IFPEK, regroupant trois instituts de formation initiales », Mémoire présenté pour l'obtention du Master Professionnel Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes (master SIFA), Université Rennes 2, 2009-2010, p.50

universitarisation formate l'ensemble des diplômes universitaires pour ces signataires et favorise la circulation et l'équivalence de ces diplômes. Mais nous retrouvons une spécificité française, par l'attribution d'une double certification des diplômes paramédicaux. Une équivalence à un grade Licence ou Master, décerné par l'université, et un D.E français par métier, donnant droit d'exercice (Ex : D.E infirmier, D.E de puéricultrice, D.E de masseur-kinésithérapeute, etc.). Nous notons que l'on retrouve des grades différents pour ces métiers paramédicaux. À ce jour, il n'y a pas d'uniformité universitaire pour ces D.E.

Comment faire entrer pleinement cette formation initiale à et dans l'université. Lebeaume⁵⁹⁶ (2009) rappelle que l'universitarisation d'une formation repose sur, « *l'élaboration par la recherche des outils intellectuels contribuant à l'analyse distanciée des diverses pratiques ; la diffusion de ces savoirs dans les études universitaires professionnelles* ». L'université reste dans son rôle d'origine : la création, la transmission et la conservation de savoirs. Elle n'interagit pas sur les contenus propres de chaque formation professionnelle entrant dans le processus d'universitarisation, mais elle y inclut des ouvertures sur des nouveaux concepts. Pour les étudiants, comme pour les formateurs et le métier, nous assistons là à « *des recompositions identitaires* » Perez-Roux^{597/598} (2019). Cela modifie l'identité professionnelle de ces futurs professionnels, avec toutes les difficultés et modifications culturelles qu'elle déstabilise. « *L'universitarisation de la formation et donc de la profession se traduit par des contradictions qui s'expriment simultanément par la positivité d'une dynamique de transformation et par la négativité des résistances à celle-ci* », Perez-Roux (2019).

L'universitarisation met en avant une double dialogie entre universitarisation et professionnalisation pour la première et entre réflexivité et autonomie pour la seconde. Ce double positionnement tourne autour d'un axe central de cette formation initiale : la recherche de compétences, ici professionnelles universitaires. Le concept de compétence sera abordé dans un paragraphe suivant.

3- La professionnalisation

Introduction

Nous commencerons par l'éligibilité de cette formation à entrer dans une démarche de professionnalisation. Puis, nous essayerons d'en définir ce terme et ce processus. Nous en rechercherons les implications sur la formation initiale en massokinésithérapie, et sur notre sujet, l'identité professionnelle.

Nous notons que ce terme est inscrit huit fois dans le B.O mentionnant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. Nous le retrouvons dans : le second cycle sous l'intitulé approfondissement et professionnalisation ; dans UE 30 stage7 en S8 (climat, « Il s'agit d'un stage de professionnalisation » ; UE 31, 32, critères d'évaluation : intérêt et pertinence des apports pour la professionnalisation de l'étudiant ; les principes pédagogiques, « son cheminement vers la professionnalisation ; cycle 2, agir avec compétence dans les situations de soin, approfondissement et professionnalisation. Cette nouvelle réforme repose bien sur un

⁵⁹⁶ Lebeaume J., 2009, « *Ce qu'on appelle formation universitaire. De l'analyse générale au cas de la formation en technologie* », Recherche et formation, 60/2009, la formation des enseignants, p.41

⁵⁹⁷ Ibid.4, p.15

⁵⁹⁸ Ibid.4, p.13

accompagnement de l'étudiant dans ce processus. Professionnalisant cinq fois, et une fois au féminin : une formation professionnalisante (2 principes pédagogiques)

Ce mot exprime l'orientation de cette nouvelle réforme. C'est un axe majeur de cette dernière comme celui de l'universitarisation. Nous constatons la professionnalisation est bien un des objectifs à atteindre par cette formation, pour les formés, les formateurs et le métier. Celle-ci est fortement corrélée à celle de l'universitarisation.

Si l'universitarisation est un nouveau concept, qu'en est-il de celui de la professionnalisation pour cette formation ? L'évolution des différentes réformes de celle-ci, comme l'évolution du métier, font preuve d'une professionnalisation antérieure. L'universitarisation est-elle la dernière étape du processus de professionnalisation pour ce métier ? Nous rappelons qu'un des objectifs de cette nouvelle formation initiale « *est de mieux préparer les étudiants à l'exercice de la massokinésithérapie en intégrant une double logique de professionnalisation (Bourdoncle, 1991,2000 ; Hébrard, 2004 ; Wittorski, 2007,2008) et d'universitarisation (Bourdoncle, 2007) »* Perez-Roux⁵⁹⁹ (2019). Nous pouvons tenir les mêmes propos que ceux développés pour l'universitarisation sur le terme « mieux ». Cela remet-il en question les formations antérieures et le professionnalisme des MK non issus de cette nouvelle formation ? Cette progression-mutation a-t-elle un impact sur l'identité de ce métier ? Perez-Roux⁶⁰⁰ précise que « *les apports sur les processus de transition professionnelle sont indissociablement des recompositions identitaires* ». Sygneyrole⁶⁰¹ (2015) constate que, « *cette mutation dans la structure de la formation est synonyme d'un enjeu de reconnaissance particulièrement fort pour la profession, celui de passer d'un statut de professionnel appliquant des techniques à celui de professionnel concepteur, ingénieur et donc décideur des choix techniques* ». Les travaux de Kaddouri mettent en avant que cette transition identitaire peut-être perturbée lors de cette formation initiale. L'étudiant devra se l'approprier, mais « *Toutefois, l'enjeu identitaire principal pour l'individu réside dans le fait de trouver un équilibre entre ses propres attentes professionnelles (identité pour soi) et les attentes du monde du travail (identité pour autrui). Si l'équilibre reste difficile à atteindre, la construction d'une identité professionnelle positive est remise en question.* » Kaddouri⁶⁰² (2006). Cette formation initiale bouscule aussi les attentes pour ce métier. Cette professionnalisation peut-être considérée comme une réponse aux injonctions du processus de Bologne et gouvernementales. Ce métier devait-il s'universitariser pour asseoir sa reconnaissance professionnelle ? Le choix de cette dernière a été d'investir l'EBM. Nous retrouvons là, une dualité entre professionnalisation et universitarisation pour ce métier.

C'est à ce titre que nous avons proposé la posture d'auteur pour ces « nouveaux MK ». L'étudiant devenant le sujet principal de cette formation, s'implique personnellement dans celle-ci. Sa professionnalisation se construit avec les apports de la formation, dont ceux non obligatoires, et des choix des différents terrains de stage. L'étudiant peut commencer à « cibler » sa préférence pour sa future pratique (Massokinésithérapie pédiatrique, sportive, etc.) ou dans une continuité à faire de la recherche. Cette implication pour Ardoino⁶⁰³ (1991) fait que la posture de l'étudiant peut-être définie

⁵⁹⁹ Ibid.4, p.81

⁶⁰⁰ Ibid.4, p.13

⁶⁰¹ Signeyrole J., 2015, « *En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation? Une question de lecture et de perspectives.* », Kinésithérapie La revue, 15(167), p.37-41, p39

⁶⁰² Kaddouri M., 2006, « *Dynamiques identitaires et rapports à la formation* », dans Barbier J.M, et All, « constructions identitaires et mobilisation des sujets en formations », L'Harmattan, p.121-145, p.129

⁶⁰³ Ardoino J., 1991, « *l'implication (183 bis)* », en ligne, p.2

comme : « *L'implication est donc également liée à l'autorisation, en tant que capacité de s'autoriser, de se faire, soi-même au moins co-auteur de ce qui sera produit socialement. Si l'acteur est toujours, plus ou moins explicitement, porteur de sens, l'auteur est source et producteur de sens* ». Par cette posture choisie, l'étudiant est auteur de son devenir professionnel.

3-1 Définitions

Ce terme trouve ses racines aux USA sous les plumes de sociologues des professions nord-américaines de la mouvance fonctionnaliste. Ces premiers travaux posent les fondations entre les mots métier et profession (travaux de Carr-Saunders, 1933 ; Parsons, 1939). Pour eux « *une profession correspond à un nombre défini et restreint d'activités* ». De très nombreux travaux complèteront ce concept. Pour le monde médical, les travaux de Freidson, dans sa publication de 1970 (Profession of medicine), apportent les bases des différences entre métier et profession. Il la complètera par deux publications majeures pour ce sujet : 1973, « *Professionalism and Organization of Middle-Class Labor in Postindustrial Society* », et, « *Professions Occupational Principle* ». Puis, pour la France, Wittorski, Dubar, Tripier, Bourdoncle, et de nombreux sociologues, complèteront et ajusteront cette différence. L'approche par cette différence n'est pas actée pour notre sujet. Nous avons exposé dans le premier chapitre l'alternance de ces deux termes pour qualifier « cette occupation. » Mais y-a-t-il en France une réelle importance pour l'image portée par cette terminologie entre métier ou profession ? Demazière⁶⁰⁴ (2009) ouvre le terme profession au groupe professionnel qui « *est un ensemble de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisé par une légitimité symbolique.* » L'identité professionnelle aura une empreinte propre étant attachée à sa formation initiale, aux apports informels et des différentes interactions du monde du travail, Nous avons établi que cette identité professionnelle des MK a évolué depuis 1946. L'universitarisation à la française pour cette formation initiale, est-elle accrochée à ce changement de terme pour l'étudiant ? Ou répond-elle juste aux diverses injonctions européennes ?

Le mot « profession » est la racine de la professionnalisation. Le verbe professionnaliser en est le verbe d'action. Professionnaliser est de rendre professionnel une personne, un groupe de personnes, avec souvent un but lucratif. Par exemple, on retrouve chez les sportifs deux catégories : les amateurs, non rémunérés, et les professionnels, rémunérés.

Le Robert propose comme définition : « *Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens ; Métier qui a un certain prestige social ou intellectuel ; action de se professionnaliser, de devenir une profession ; occupation déterminée, dont on peut tirer des moyens.* » Nous retrouvons là toute l'ambiguïté entre métier et profession. La profession par son statut de prestige social et intellectuel est-elle « supérieure » au métier. La professionnalisation n'est-elle pas une démarche pour progresser sur l'échelle sociale ? En fonction de la cible visée par cette professionnalisation, ce processus proposera, après une réingénierie, un synopsis de formation adapté aux buts à atteindre. La nouvelle formation initiale en massokinésithérapie se retrouve bien de ce parcours de professionnalisation.

Le Larousse propose : « *Fait pour quelqu'un ou quelque chose de se professionnaliser* ».

⁶⁰⁴ Demazière D., et All, 2009, « Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. », Coi. Recherche, Edit : La découverte, p.20

Dictionnaire de l'Académie Française : « *Transformation, évolution d'une activité, impliquant qu'elle ne soit plus exercée que par des gens de métier. Adaptation de la formation donnée aux élèves à une activité professionnelle. « Professionalisation d'une filière. » (Cette orthographe est préférable à Professionnalisation.)* » De cette définition, le public ciblé est l'étudiant, qui après une scolarité « classique », se positionne sur son avenir professionnel. Il n'est pas fait mention d'un parcours spécifique universitaire. Le monopôle d'exercice décrit est un des critères exposés par Freidson pour pouvoir prétendre au titre de « profession ».

Le terme « professionnalisation » par le suffixe « -sation » implique un processus d'actions mobiles et évolutives. Cette évolution cible un ensemble d'acteurs : les IFMK, l'ensemble de ses personnels et les étudiants, et l'université. Si les débuts d'une professionnalisation peuvent-être actés, à quel moment pouvons-nous estimer que celle-ci est arrivée à son achèvement ? Ce concept passera par des étapes de stabilités, et d'instabilités. Ces dernières proviennent des différents ajustements mis en avant par le groupe professionnel lui-même, ou des diverses demandes des institutions. Ce processus n'est pas limité dans le temps. Nous rappelons que la formation initiale en massokinésithérapie est le profil type de ces formations où sa professionnalisation ne peut être considérée comme totalement acquise. Bourdoncle⁶⁰⁵ (1993) rappelle que « *Depuis Parsons on le sait, tout processus de professionnalisation implique l'université* ». Ce processus de professionnalisation est étroitement dépendant de celui de l'universitarisation, et réciproquement. Nous pouvons avancer que les interactions dans chaque concept enrichissent les interactions entre ces deux concepts. La notion de temps « final » ne peut pas être définie. Ce qui est envisageable, c'est une temporalité actée pour effectuer la première évaluation de la pertinence de ce concept. Cette première évaluation comme les successives permettraient des ajustements réguliers.

3-2 Concept de professionnalisation

La formation initiale en massokinésithérapie pouvait-elle concevoir une entrée en professionnalisation. Pour Bourdoncle (2000) cité par Boudjaoui⁶⁰⁶ (2011), « *une formation professionnelle doit revisiter son profil pour pouvoir prétendre à entrer dans un processus de professionnalisation. Il en propose différents axes indissociables :*

- *L'introduction d'une sélection d'entrée,*
- *L'organisation du groupe formé en « promotion »,*
- *La rédaction des programmes à partir de savoirs professionnels, voire de compétences,*
- *L'intégration de stages pratiques,*
- *L'implication d'intervenants professionnels dans les enseignements,*
- *La création d'une dynamique de réseaux (associations d'anciens, employeurs). »*

L'ensemble des ces items sont retrouvés sur ce métier et sur les premières formations, formations classées comme professionnelles. Cela lui permet, après sa réingénierie, d'entreprendre sa professionnalisation. Celle-ci est adossée à son universitarisation.

⁶⁰⁵ Bourdoncle R., 1993, « Note de synthèse. La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe », Dans : Revue française de pédagogie, Vol.105, p.83-119, p.108

⁶⁰⁶ Boudjaoui M., 2011, « Enseignement supérieur et dynamiques professionnalisantes : étude comparée de deux dispositifs de formations », ADRESE/CIRNEF. Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle, 2011/2, Vol.44, p.49-68, p.51

Maleyrot⁶⁰⁷ (2019), remarque que cette nouvelle formation initiale structurée « *en deux cycles semble également organisée par une universitarisation première avant une orientation marquée vers la professionnalisation* ». Il précise que « *Le premier cycle est centré sur le « comprendre » des différents apports d'enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux de connaissances du monde de la santé, tandis que le deuxième cycle, centré sur « l'agir* ». Nous ne pouvons pas connaître la part des différents apports de connaissances issues de la première année universitaire, et des savoirs informels. Des prérequis ne sont pas « demandés » au regard du synopsis de cette formation. Le cycle un peut-il être considéré comme un début de professionnalisation des étudiants par ses apports « professionnels » (Ex : UE 4, Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie) ; UE 5. UE 6, théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie, etc.).

De très nombreux auteurs proposent leur vision de la professionnalisation. « *Les processus de professionnalisation liés aux activités se construisent dans des rapports sociaux de plus en plus complexes et renvoient à des définitions hétérogènes* » Roquet⁶⁰⁸ (2012). Comment concilier l'ensemble de ces données ? Nous appuierons notre argumentation sur l'approche à la française comme proposée par Roquet⁶⁰⁹ (2012) : « *La sociologie française des professions, pour Demailly (2004), repose sur une conception de la professionnalisation qui sous-entend un ensemble de processus « qui transforment une collection d'individus à la fois en un groupe spécialisé dans la division du travail et en un acteur collectif* ». Plus précisément, la professionnalisation renvoie à l'existence de groupes professionnels composés d'individus qui, objectivement, occupent une place identique dans la division du travail, et qui en même temps offrent à leurs membres une existence subjective plus ou moins garantie, à partir d'une organisation interne et de capacités d'intervention externe plus ou moins fortes. La professionnalisation touche à la fois la construction de l'identité individuelle et la construction de l'identité collective ». Les différentes interactions entre les étudiants et l'ensemble des équipes pédagogiques forgeront une identité professionnelle pour chaque étudiant, mais aussi pour le groupe d'étudiants. Cette professionnalisation les conduira à une construction identitaire personnelle comme celle du groupe professionnel de MK. Cette identité propre se développera et s'enrichira tout au long de la carrière dans ce métier. Les différentes formations proposées après le diplôme, cibleront le profil de chacun.

L'axe principal de cette professionnalisation est la notion de compétences. « *La professionnalisation est un processus qui permet de développer des ensembles cohérents de compétences* », Le Boterf⁶¹⁰ (1998). Nous complétons cette remarque par celle de Sorel⁶¹¹ (2005), « *la compétence est également la référence centrale de la professionnalisation où elle apparaît comme l'enjeu de multiples autres opérations (gestion, validation, évaluation, etc.)* ». Cela conforte nos propos où la compétence est définie comme l'axe de rotation des binômes universitarisation-professionnalisation et réflexivité-autonomie. Cette notion de compétence sera développée dans le paragraphe suivant.

⁶⁰⁷ Ibid.4, p.98

⁶⁰⁸ Roquet P., 2012, « *Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse* », Phronesis, Vol ; 1, n°2, Edit : Institut de recherche sur la pratique éducatives, p.82-88, p.83

⁶⁰⁹ Ibid.608, p.84

⁶¹⁰ Le Boterf G., 1998, « *construire des compétences et réussir la professionnalisation* », Intervention de M. Le Boterf lors du conseil du CIPF d'Aix-en-Provence, 28/05/1998, p.1

⁶¹¹ Sorel M, Wittorski R., 2005, « *la professionnalisation en actes et en questions* », Edit : l'Harmattan, p.124

Bourdoncle⁶¹² (2000), précise que « *la professionnalisation d'une activité repose sur divers dispositifs dont le principal nous semble être l'universitarisation de sa formation professionnelle. Ceci entraînant la rationalisation de sa pratique grâce à l'acquisition par les praticiens de savoirs de hauts niveaux produits par les universitaires de la profession.* » Nous pouvons nous questionner sur le parcours universitaire de cette formation initiale qui n'aboutit pas à une certification doctorale. Nous rappelons que les universitaires intervenant dans cette formation répondent à deux profils :

- Des formateurs avec un titre du corps médical,
- Des formateurs MK avec à minima un grade M2 dans divers domaines.

Cela pourrait-il être considéré comme un frein ou un obstacle à cette professionnalisation ? Ou comme un atout pour formuler des hypothèses et des résultats scientifiquement validés ? Ces différentes validations entrent dans le champ de l'EBP.

La professionnalisation est bien indissociable de l'universitarisation. Ces deux processus sont « *comme des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables* », Demazière⁶¹³ (2009). Cela amènera cette professionnalisation à s'adapter aux différents progrès des recherches universitaires, des avancements des nouvelles technologies (nanotechnologies, numériques, etc.), et des injonctions étatiques.

La notion de professionnalisation est un concept qui s'intéresse autant aux professions existantes que celles avec un profil de métier, voire d'entreprise ou de micro entreprise. Elle permet l'évolution de l'ensemble de ces acteurs concernés. Artois⁶¹⁴ (2014) confirme nos propos par sa définition de la professionnalisation, « *le terme professionnalisation renvoie aux processus d'acquisition de compétences spécifiques liées à l'activité exercée. En ce sens, elle participe à la continuation d'une forme d'ésotérisme historique, qui entre en tension face à la publicisation de l'information via les nouvelles technologies de communication. Ces derniers processus s'appréhendent comme des formes négociées au niveau individuel et collectif* ». La notion de compétences est à nouveau avancée comme le critère central de ce concept.

Pour ne pas se limiter aux professions, nous parlerons plus de groupes professionnels qui peuvent investir dans une professionnalisation. Pour Demazière⁶¹⁵ (2009), ces derniers sont « *des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique* ». Cette professionnalisation met en avant les dynamiques et les implications des diverses recherches d'évolutions professionnelles qui valoriseront une identité singulière propre à chaque groupe professionnel. Ces dynamiques des groupes constitués sont à la recherche de la reconnaissance professionnelle vers un statut de profession. A ce titre Bourdoncle⁶¹⁶ (1993) considère qu'il y a « *deux voies distinctes* » pour y parvenir.

⁶¹² Bourdoncle R., 2000, « Professionnalisation, formes et dispositifs », Dans Recherche et Formation, n°35, p.117-132, p.121

⁶¹³ Demazière D, Gadéa C., 2009, « *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* », Paris, La Découverte, p.20

⁶¹⁴ Artois P., et All, « *Les professionnalisations contemporaines* », TEF (Travail, Emploi, Formation), 11/2014, université de Bruxelles, Cahiers de sociologie et d'économies régionales, p.5

⁶¹⁵ Ibid.613, p.20

⁶¹⁶ Bourdoncle, R. (1993). « *La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe.* » Revue Française de Pédagogie, n°105, p. 83-114.p.103

- En France, une lutte politique pour contrôler les places dans une hiérarchie étatique élitiste ou la constitution de communautés de pairs construisant leurs propres règles ;
- Dans les pays anglo-saxons, une lutte pour le pouvoir (économique) dans les groupes professionnels afin de réguler le marché (le modèle des professions libérales comme moyen d'acquérir un revenu). »

Nous retrouvons, par le cheminement depuis 1946 de la formation initiale en massokinésithérapie, la place prédominante de l'État. Celui-ci a délégué aux facultés de médecine de mener les luttes pour la construction unique d'un groupe élitiste du monde médical. L'université par sa professionnalisation limite les cursus universitaires « tronqués » pour les formations paramédicales. Le but recherché serait-il que la filière médicale ne perde pas sa place comme « profession élitiste ».

Les rôles social et sociétal sont des points à ne pas négliger pour ce concept. L'université ne se sert-elle pas des métiers paramédicaux pour prétendre à sa légitimité comme la profession ultime de sa professionnalisation ? Afin de garder cette légitimité, c'est en « formatant » la place de chaque individu d'un corps constitué, que l'université la gère. Pour Artois⁶¹⁷ (2014) cela présente la professionnalisation comme « *un processus dynamique de développement professionnel d'un individu au travail. Ceci conduit à envisager la professionnalisation comme un des effets de l'activité du sujet. Celle-ci est alors la matrice d'une transformation personnelle.* »

Nous pouvons constater que la professionnalisation est un processus ciblé sur une personne en activité professionnelle. Celle-ci cherchera à modifier et à élargir ses compétences professionnelles pour mieux répondre aux attentes du marché du travail. Cette professionnalisation individuelle participe aussi à la professionnalisation du groupe d'appartenance qui cherche à trouver une nouvelle légitimité dans ses champs d'interventions. Cette nouvelle légitimité est construite sur et par une identité professionnelle personnelle et du groupe professionnel d'appartenance. Cette professionnalisation peut-être assimilée à une progression sur l'ascenseur social, et une progression sociétale. Pour appuyer notre réflexion, nous nous rapprocherons des propos de Belot⁶¹⁸ (2007), où la professionnalisation du « *club sportif servait aussi de véritable ascenseur social pour le joueur* ». Nous sommes bien loin de nos cibles estudiantines, mais très proches de ceux exposés ci-dessus : la professionnalisation cible avant tout une personne singulière. Cette ascension permet de se rapprocher d'une élite : Privet (2012) précise que la professionnalisation des joueurs de foot, est un ascenseur social permettant « *d'intégrer une élite sportive* ». ⁶¹⁹ Avec l'arrivée de l'ère industrielle, et de la mutation des profils de la « haute société », symboliquement, la professionnalisation puis l'universitarisation d'un métier, servirait à la personne « *comme ascenseur social en l'absence de titre de noblesse et d'héritage dynastique* » Heslon⁶²⁰ (2022).

Wenner⁶²¹ (2001) recentre plus le processus de professionnalisation sur le groupe professionnel comme entité propre sans tenir compte des entités personnelles qui le constituent. Pour elle, la

⁶¹⁷ Ibid. 614, p.31

⁶¹⁸ Belot F., 2007, « Les joueurs : les effets e la professionnalisation », Edit : Le seuil, Dans Pouvoirs 2007/2, n°121, p.51-62, p.57

⁶¹⁹ Privet J., 2012, « Quand le foot se prend pour un ascenseur social », Edit : Champ social, Dans Le Sociographe, 2012/2, n°38, p.52-58 p.54

⁶²⁰ Heslon C., 2022, « *Accompagner la professionnalisation des études : de l'université à la pluralité.* », Proposition de chapitre In Bernard-Tanguy, L. et al, Dir. (à paraître). Accompagner la professionnalisation des études (Titre provisoire). Dunod., p.4

⁶²¹ Wenner M., 2001, « Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles », Dans Sociologie et culture infirmière, Edit : Seli Arslan, p.56

professionnalisation « est un processus actif de maturation d'une profession, d'un corps social qui se traduit par une progression constante. Ce processus se caractérise par la capacité de la profession de se structurer, de s'organiser, de se développer, d'exister comme un tout indissociable ». Avec la notion de « maturation » nous retrouvons là, la fin d'un parcours. La crise d'adolescence décrite au chapitre 1 serait considérée comme achevée. La professionnalisation se trouve donc comme la dernière étape pour devenir « majeur et adulte ». Il y a émancipation de la personne qui devient autonome et libre de ces choix de vie (personnelle et professionnelle). La posture de la personne évolue socialement et socialement. L'identité personnelle comme professionnelle de l'étudiant en sont profondément impactées. D'après Cicchelli⁶²² (2001), la professionnalisation est « le prolongement de la socialisation familiale et la permanence au sein de l'institution scolaire demandent de considérer les porteurs de capital scolaire comme des individus dont l'identité se caractérise par leur statut d'étudiants (ce sont des jeunes adultes quittant l'adolescence) ». Cela modère les propos de Wenner où l'on retrouve une stabilité dans le groupe, ici les étudiants en formation initiale professionnelle. Un lien doit être construit entre l'ensemble des participants à cette formation initiale. Pour prétendre à une stabilité, chaque entité doit s'adapter. Cicchelli⁶²³ (2001) précise que ce « lien se fabrique dans la mesure où, pour paraphraser Berger et Luckmann (1986), les membres du groupe ne vivent pas seulement dans le même monde, mais participent chacun à l'existence d'autrui ». La maturité des personnes du groupe n'est pas atteinte sur les mêmes temps. Cela engendre une instabilité constante du groupe. La professionnalisation est aussi un espace de socialisation personnelle, pour aboutir à la création d'un corps de métier. L'identité de ce corps est dépendante de celle de ces participants. Nous pouvons considérer que ce concept de professionnalisation modifie l'identité propre à chacun. L'identité professionnelle s'appuiera sur elle pour se construire. La particularité de cette dernière est qu'elle doit répondre aux attentes de l'université, qui présente une identité singulière face à celle développée au sein des IFMK. Nous rappelons que la formation initiale en massokinésithérapie était reconnue comme formation professionnelle jusqu'à la dernière réforme de 2015. En intégrant une formation universitaire, l'étudiant, le groupe « étudiant » et le métier sont aussi à la recherche d'une reconnaissance de prestige. Professionnalisation et universitarisation participent à une logique d'ascension sociale par le diplôme obtenu. La double diplomation de cette formation répond à ces attentes, mais seule celle reconnue par équivalence au grade Master justifie ce prestige.

Le processus de professionnalisation ne cible pas qu'une dimension. Pour Bourdoncle⁶²⁴ (1991) la professionnalisation présente trois sous groupes distincts mais étroitement liés et interdépendants les uns aux autres. Il nomme trois types différemment de professionnalisation : professionnalité, professionnisme et professionnalisme.

- Le premier, ou la professionnalisation, désigne « le processus d'amélioration des capacités et de rationalisation des savoirs mis en œuvre dans l'exercice de la profession, ce qui entraîne une plus grande maîtrise et une plus grande efficacité individuelle et collective ». Bourdoncle parle de « professionnisme ». Ces notions se retrouvent dans la formation initiale et dans les formations tout au long de la carrière. La réflexivité et l'autonomie sont les deux points

⁶²² Cicchelli V., 2001, « La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études », Edit : PUF, p.14

⁶²³ Ibid.622, p.23

⁶²⁴ Bourdoncle R., 1991, « Note de synthèse : La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines », Revue Française de pédagogie, Vol.94, p.73-91, p.75, 76,77

développés. L'universitarisation est un acteur majeur de cette professionnalisation, par la validation de diplômes universels et reconnus de haut niveau. Cette étape propose une transformation des différentes postures des étudiants, des formateurs, du groupe métier des MK, des instituts et du processus d'universitarisation, et une transformation de l'université qui se professionnalise. Le but recherché est l'émancipation du corps médical, qui, à ce jour, est le seul acteur prescripteur de la massokinésithérapie. Ce processus devrait modifier l'image du MK comme un professionnel libre de toutes dépendances. La seule dépendance qui perdure pour pouvoir exercer est le conventionnement avec, « la sécurité sociale. » Nous rappelons que ce denier n'est pas un droit d'exercice, mais un droit et devoir de respecter une charte de qualité, permettant une prise en charge partielle du coût d'un soin en massokinésithérapie. UN MK peut officier hors conventionnement. Mais ce conventionnement est-il nécessaire à l'identité propre à ce métier ? Depuis la dernière réforme et validé par le B.O qui l'officialise, des actes détachés peuvent être accomplis sans celui-ci à titre dérogatoire par la reconnaissance du diplôme (Ex⁶²⁵ : compétence 6, 6. Conseiller les partenaires [...] des accidents sportifs ; compétence 10, 6. Coordonner ses actions et soins avec les aidants [...] pluri-professionnels pertinents ; UE 24, éducation thérapeutique du patient). Nous pouvons faire un rapprochement avec le mot compétence. Pour Coulet⁶²⁶ (2011), « *une compétence présente trois axes : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être* ». Cette première approche peut correspondre à la notion de savoir d'une compétence.

- Le second, ou ce processus de professionnalisation, ne « *porte non plus sur les connaissances et capacités qu'exige la pratique, mais sur la stratégie et la rhétorique déployées par le groupe professionnel pour revendiquer une élévation dans l'échelle des activités. La professionnalisation désigne alors ce processus d'amélioration collective du statut social de l'activité, qui se manifeste par un certain nombre de critères que nous verrons plus loin. Dans ce sens, il a toujours une dimension collective* ». Bourdoncle le nomme : « *professionnalité* ». À ce stade, c'est l'ensemble des stratégies du groupe professionnel qui sont mises en action. La recherche d'une reconnaissance d'un niveau supérieur, par l'universitarisation de cette formation initiale, devrait être reconnue à sa juste valeur. Faire preuve de professionnalisme, c'est d'être en capacité de présenter une action professionnelle adaptée après une expertise critique des différentes approches envisagées. Le professionnel interrogera ses compétences et mobilisera la plus pertinente pour agir. Cela devra refléter une appropriation d'une réflexivité reconnue et une autonomie d'action. La place des formateurs au sein des IFMK, sur les lieux de stages, joue un rôle majeur dans la construction identitaire des futurs professionnels. Mais nous pouvons nous questionner sur les postures des différents intervenants d'avant cette réforme. Les travaux de Perez-Roux (2019), ont mis en avant deux profils. Elle mentionne ce double processus comme « *ambigu*⁶²⁷ ». Ceux qui trouvaient que cette professionnalisation était une vraie opportunité pour eux-mêmes et le métier, et ceux qui avaient de grandes difficultés à s'adapter, avec comme référence que cette professionnalisation-universitarisation n'était pas adaptée à cette formation dite « *professionnelle* ». A ce jour, un retour d'expérience pourrait être envisagé sur ces mêmes

⁶²⁵ BO et Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015)

⁶²⁶ Coulet J-C., 2011, « *La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences* », Dans Le travail Humain, 2011/1, Vol.74, p.1-30, p.7

⁶²⁷ Ibid.4, p.94

professionnels afin de regarder les changements posturaux et les différentes adaptations depuis la réforme. Cela conforterait la professionnalisation de ces formateurs et indirectement celle du métier.

Nous nous rapprocherons des propos de Coulet⁶²⁸ (2011) sur sa définition du mot compétence. Cette deuxième approche de la professionnalisation peut correspondre à la notion de savoir-être d'une compétence.

- Le troisième, désigne, « à l'échelle de l'individu, l'adhésion à la rhétorique et aux normes établies collectivement selon le sens précédent. ». Bourdoncle parle de « professionnalisme ». Cette dernière vision repose sur un recentrage de l'acteur ciblé par cette professionnalisation. C'est le professionnalisme du sujet qui est mis en avant. En respectant les normes, les valeurs, les règles collectives dans son groupe d'appartenance, l'exécutant fait preuve d'un réel professionnalisme. Toutes modifications apportées au métier peuvent apporter des incompréhensions voire des conflits. À ce titre, le changement de cette formation initiale a mis en exergue au moins trois points d'incompréhensions :
 - Le nouveau modèle de la santé : Modèle biopsychosocial,
 - L'universitarisation de la formation initiale,
 - L'approche par compétences.

Nous nous rapprocherons des propos de Coulet⁶²⁹ (2011) sur sa définition du mot compétence. Cette troisième approche de la professionnalisation peut correspondre à la notion de savoir faire d'une compétence.

Wittorski⁶³⁰ (2009), s'appuyant sur les travaux de Bourdoncle, présente trois liens de professionnalisation, en étroite relation avec l'articulation professionnalisation et développement professionnel. Il y en ajoute la notion identitaire.

- Le premier : « selon nous, d'une intention organisationnelle de « mise en mouvement » des sujets passant par :
 - la prescription, par l'organisation, de certaines compétences (traduisant une conception particulière qu'elle se fait du "bon professionnel"),
 - la proposition de dispositifs spécifiques (de travail et/ou de formation) permettant de les développer, le tout constituant une offre de professionnalisation valant offre/injonction identitaire : nous parlerons ici d'identité "prescrite" »,
- Le second : « est un processus de transformation des sujets au fil de leur activité dans ou en dehors des dispositifs organisationnels proposés, souvent assorti d'une demande de reconnaissance par l'organisation. Nous parlerons ici d'identité « agie et vécue »,
- Le troisième : « un processus de négociation de nature identitaire (entre le sujet et l'organisation) s'opère alors dont l'enjeu est l'attribution par l'organisation (ou un tiers qualifié) de compétences à l'individu à partir de l'évaluation des résultats de l'activité qu'il a déployée, valant attribution/reconnaissance de place dans l'organisation. Nous parlerons ici d'identité « reconnue/attribuée. »

⁶²⁸ Ibid.626, p.7

⁶²⁹ Ibid.626, p.7

⁶³⁰ Wittorski R., 2009, « A propos de la professionnalisation », Dans « l'Encyclopédie de l'éducation et de la formation », Barbier et All. Edit : PUF, p.781-793, p.

Le concept de professionnalisation repose bien sur l'origine du terme : profession, professionnel. Les notions différenciées entre métier et profession de l'école de Chicago ne sont pas prises en compte. La professionnalisation est un concept qui englobe l'ensemble des structures qui dégagent une activité. Cette dernière est plus ou moins organisée, reconnue, et en recherche de développement pour pouvoir continuer à exister.

Ce processus en perpétuel mouvement va bousculer les identités propres de chacun, comme celles du groupe cherchant à se professionnaliser. Nous touchons là à des transitions identitaires. Celles-ci perdurent jusqu'à trouver une stabilité positive ou négative. Les différents travaux de Kaddouri⁶³¹ (2010) montrent que ces interactions de transitions identitaires répondent à quatre typologies : « *les dynamiques de continuité ou l'attraction par les identités actuelles ; les dynamiques de transformation identitaire ou l'attraction par les identités visées ; les dynamiques de gestation identitaire ou les attractions à construire ; les dynamiques d'anéantissement identitaire ou les attractions impossibles* ». Les dynamiques de professionnalisation sont propres à chaque entité. Wittorski⁶³² (2009) propose six voies de professionnalisation. Nous avons repris l'intégralité des descriptions proposées par Wittorski.

- La voie de professionnalisation appelée « *logique de l'action* » caractérise des sujets en prise avec une situation qui leur est familière mais qui présente un caractère de nouveauté (utilisation de nouveaux outils, par exemple). Cela les conduit alors à modifier leurs façons de faire le plus souvent sans qu'ils ne s'en rendent compte par un ajustement « au fil de l'action ». La notion de « compétence incorporée » (Leplat, 1995) caractérise assez bien les façons de faire en jeu dans cette voie.
- La voie de professionnalisation nommée « *logique de la réflexion et de l'action* » caractérise les situations dans lesquelles les individus sont face à des problèmes inédits. Leurs façons de faire habituelles sont inopérantes, c'est pourquoi nous appelons ces situations non pas des situations nouvelles mais des situations inédites (du point de vue de l'acteur). On observe alors des stratégies de recherche d'informations auprès d'autres personnes (conseils) ou dans des ressources documentaires. L'aller-retour entre les informations, connaissances ou savoirs recueillis et la tentative d'utilisation de ceux-ci pour agir conduit l'individu à construire, pas à pas, un processus d'action « intellectualisé » ou « mentalisé » au sens où il fait l'objet d'un accompagnement réflexif (celui-ci peut expliquer plus facilement les étapes par lesquelles il est passé et peut ainsi plus aisément communiquer, expliciter la façon de faire à autrui).
- La voie de professionnalisation appelée « *logique de la réflexion sur l'action* » correspond aux moments où les individus analysent de façon rétrospective leur action soit pour l'évaluer soit pour mieux la comprendre ou encore pour la transmettre. Dans ces situations, on constate qu'ils mettent en mots un certain nombre de principes guidant leur action et construisent ainsi des « connaissances sur leur action » participant à l'enrichissement de leur « patrimoine » d'expérience. Ils développent, à cette occasion, une « compétence tournée vers l'analyse de leur action ».

⁶³¹ Kaddouri M., 2010. « *Dynamiques identitaires et engagement en formation* ». Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris 13 Nord.

⁶³² *ibid.* 631, p.4-5

- La voie de professionnalisation appelée « logique de la réflexion pour l'action » caractérise des moments individuels ou collectifs de définition, par anticipation, de nouvelles façons de faire dans l'intention (fréquemment observée) d'être plus efficace au travail. Il s'agit d'une réflexion anticipatrice de changement quant à l'action. Il est possible de prendre ici l'exemple des salariés réunis en cercle de qualité, qui ont à définir ensemble les contours de nouvelles pratiques améliorant la qualité du travail.
- La voie de professionnalisation nommée « logique de traduction culturelle par rapport à l'action » correspond aux situations dans lesquelles un tiers (tuteur ou consultant) accompagne des salariés (par exemple) dans la réalisation d'une activité qui leur est nouvelle. Ce tiers assure une fonction de transmission de savoirs ou de connaissances, mais aussi une fonction de mise à distance de l'action, de modification des façons de voir et de penser l'action et la situation (notion de « traduction culturelle »).
- La voie de professionnalisation appelée « logique de l'intégration assimilation » caractérise des situations dans lesquelles les individus utilisent des ressources documentaires ou visuelles pour acquérir des savoirs ou des connaissances (les situations peuvent être variées : lire des revues de jardinage, observer quelqu'un réaliser une action en vue, plus tard, de l'imiter ou de s'en inspirer) ou les situations de formation dites « déductives » (dans lesquelles la posture dominante du formé est celle de l'« acquisition » de contenus nouveaux, sous la forme de savoirs ou de connaissances).

Le terme « logique » est le point commun à ces six voies. Cette logique répond à un raisonnement cohérent conforme à la pensée rationnelle, afin d'établir une proposition validée par une communauté d'experts ne faisant pas débat. Mais cette dernière peut-être remise en question par la controverse. Nous pouvons assimiler ce raisonnement au concept de réflexivité, qui repose bien sur l'ensemble des termes cités. L'universitarisation de cette formation initiale propose un raisonnement clinique massokinésithérapique. Sa professionnalisation devrait l'amener à un raisonnement clinique médico-massokinésithérapique. Le couple professionnalisation-universitarisation validerait la posture de l'EBP à un niveau identique de l'EBM. La professionnalisation ne peut être définie comme un processus statique, mais bien en mouvement. C'est dans l'action que celle-ci s'exprime. La réflexivité et l'autonomie de l'acteur social sont sollicitées en permanence par ce concept. Lors de la formation initiale, l'étudiant affinera sa démarche de professionnalisation. Elle s'enrichira des apports théorico-professionnels, et de l'ensemble des interactions sociales de l'apprenant face à ses représentations personnelles, professionnelles, informelles et non formelles du métier.

Ce concept, qui à l'origine paraissait comme une simple action d'apports de nouvelles compétences pour faire progresser une activité professionnelle, est en réalité d'une grande complexité. Elle ne repose pas uniquement sur « les épaules » de personnes en activités professionnelles, mais bien sur un ensemble d'acteurs concernés par et pour l'activité ciblée. L'ensemble de ces approches met en évidence la demande croissante du monde professionnel à pouvoir former des « employés plus rentables ».

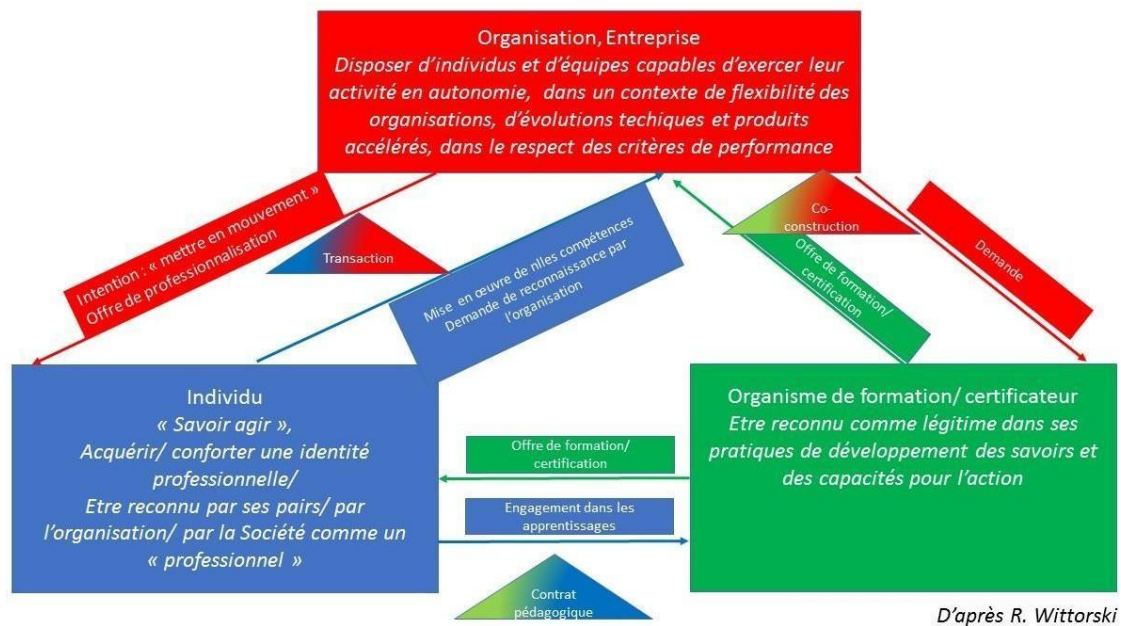


Schéma n°6 : Processus de professionnalisation d'après R. Wittorski

Wittorski⁶³³ précise, qu' « il semble bien, comme le notent plusieurs auteurs, que l'appel à la professionnalisation rejoigne, par ailleurs, un appel grandissant aux compétences au service des nouvelles normes de travail » La formation initiale en massokinésithérapie propose de former ces nouveaux professionnels, issus d'une nouvelle formation initiale. Cette dernière n'est pas un ajustement, mais bien un changement complet de paradigme. Elle correspond à l'approche proposée par Wittorski⁶³⁴ (2010), « la professionnalisation est une mise en mouvement des individus dans des contextes de travail flexibles et institutionnalisation de l'activité ». Le métier de MK, lui-même est en plein renouveau. À l'origine, il était qu'un simple « médicament » de l'arsenal thérapeutique du médecin. À ce jour, par son autonomie, il est prescriptif autant de ses approches thérapeutiques que des projets de recherche. Ce métier devient ingénieur à part entière dès sa formation initiale. Ce changement complet de paradigme induit une modification des nouvelles identités professionnelles. Wittorski⁶³⁵ précise que la professionnalisation est « un processus de construction des connaissances, savoirs et identités reconnus comme faisant partie de la profession choisie ».

Une formation initiale se professionnalisant est-elle en capacité de répondre aux attentes de la professionnalisation ?

Maubant⁶³⁶ (2021), citant Boudjaoui, précise qu'une professionnalisation « propose une réflexion critique stimulante qui aboutit à montrer que les dispositifs de formation formellement professionnalisés (stages, référentiels, intervenants professionnels...) ne sont pas nécessairement des dispositifs de formation professionnalisants, c'est-à-dire inducteurs de dynamiques de construction

⁶³³ Ibid. 192, p.13

⁶³⁴ Wittorski R., 2010, « La professionnalisation : d'un objet social à un objet scientifique.. », Les dossiers des sciences de l'éducation, 24/2010, Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets, Edit : PUF, p.7-11, p.8

⁶³⁵ Wittorski R., 2007, « Professionnalisation et développement des compétences professionnelles », Col : Action et savoir, 9/2007, Edit : L'Harmattan p.3

⁶³⁶ Maubant P., 2021, « Etudes des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui », Dans Sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle, 2001/2, Vol.44, p.7-11, Edit : ADRESE/CIRNEF, p.10

d'apprentissages et d'identité chez les futurs professionnels. Il indique, par là, que la professionnalisation des acteurs ne se décrète pas, mais qu'elle se construit en suivant des voies complexes ». Le but d'une professionnalisation ne serait-il pas alors dépendant des buts et objectifs des acteurs concernés ? Bourdoncle citant Parkin (1979), « *la professionnalisation est un type particulier de fermeture à base de diplômes (credentialism), qui consiste en « une stratégie destinée, entre autres, à limiter et contrôler le flot des entrants dans une profession, pour préserver ou augmenter sa valeur marchande* ». Lors des différentes négociations sur la création de cette nouvelle formation initiale, la revendication principale des étudiants, des formateurs et des praticiens était d'avoir une reconnaissance du métier à la même hauteur que celle affichée par les physiothérapeutes. La notion de régulation n'est-elle pas dévolue à l'État par délégation d'application aux facultés de médecine ? Nous rappelons que c'est par décret ministériel annuel que sont attribués le nombre d'étudiants admissibles en première année de formation initiale en massokinésithérapie. Les différents instituts ne sont pas autonomes sur cette régulation. L'autonomie réclamée par le métier et affichée par le concept bicéphale universitarisation-professionnalisation ne peut pas être validée. En ajoutant ce constat, cela conforte nos propos sur l'autonomie « tronquée » de ce métier. Nous concluons par les mots de Wittorski⁶³⁷ (2008), « *Au quotidien, la professionnalisation se construit ainsi par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits* ». Cela confirme aussi nos propos. Ce concept est investigué journalièrement, il est donc en perpétuel mouvement et on ne peut pas en prédire avec certitude la fin. Une activité personnelle comme professionnelle pour ne pas disparaître ou être phagocytée doit constamment se remettre en question face au marché dont elle est dépendante. L'identité propre de chaque métier se modifie elle aussi. Pour ne pas disparaître, Dubar (1998) précise que « *l'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et des compétences associées aux identités.* » Le métier de MK devra par sa formation initiale valoriser son identité propre. Sa professionnalisation est un des outils pour une meilleure reconnaissance.

La formation initiale en massokinésithérapie se retrouve projetée dans une posture de professionnalisation subie, et nous pouvons y ajouter une professionnalisation-universitarisation subie et non choisie.

3-3 Conclusion

Le terme polysémique de professionnalisation décrit toute l'ambiguïté d'une définition consensuelle. Dans un premier temps, elle renvoie aux mots profession, professionnelle, posture professionnelle, se professionnaliser, professionnabilité. L'engouement de l'utilisation de ce mot et de ses diverses applications remonte au début des années 80. Il est très fréquemment utilisé dans différents domaines, champs et contextes socioprofessionnels. Pour Lang⁶³⁸ (1999), il fait l'objet « *d'interprétations et de polémiques multiples* ». Ces ambiguïtés et ces confusions n'en précisent pas clairement la cible et la direction attendues. Nous pouvons nous questionner sur l'objectif et le but. La professionnalisation est-elle destinée et centrée sur une personne exerçant une activité/métier (son poste), au groupe constituant ce métier, au métier lui-même, ou à une institution ? Le cheminement qu'empreinte la professionnalisation nous questionne : qui professionnalise qui, pourquoi et

⁶³⁷ Ibid.192, p.20

⁶³⁸ Lang V., 1999, « *La professionnalisation des enseignants : sens et enjeux d'une politique institutionnelle* », Edit : PUF, p.6

comment, et à qui cela profite-t-il ? Nous pouvons concevoir que ce concept est une action commune de l'ensemble des acteurs concernés.

Nous pouvons considérer que la professionnalisation est un long processus complexe, à plusieurs bras, qui vise une progression ou un changement d'une professionnalité personnelle ou collective. Pour Lang⁶³⁹ (1999), la professionnalisation « renvoie donc à des significations variées, privilégiant tantôt la dimension de technicité dans l'exercice du métier, tantôt les stratégies de valorisation d'une image/ou d'un statut social. Elle est complexe parce qu'elle ne se comprend que dans une histoire et dans une organisation, et son évolution ne saurait être indépendante des transformations de l'environnement dans lequel l'institution s'inscrit. Acteurs, sens, structure, histoire, société : la question de la professionnalisation ne peut-être envisagée de façon unidirectionnelle. » La professionnalisation exprime une dynamique affichée d'une personne, d'un groupe (personnes, professionnels) ou d'une institution (au sens large du terme). Le plus souvent celui-ci est l'outil validant des compétences acquises comme prérequis pour l'acquisition de nouvelles compétences. En ciblant les compétences professionnelles, elle s'appuie sur ces « savoir-faire ». Puis, par la professionnalisation, elle s'élargit aux deux autres items de la compétence, le savoir et savoir être. Cela met en mouvement de nouvelles représentations de l'identité sociale des acteurs. Ces modifications identitaires retrouvées sur une personne vont modifier celle du groupe d'appartenance de la personne. À ce niveau, nous retrouvons des interactions entre chaque individu. Cela engendre aussi des interactions entre différents groupes d'une même activité. L'ensemble de ces interactions influencera l'identité propre du métier en voie de professionnalisation.

L'objectif de la professionnalisation ne serait-il pas de favoriser l'émergence et la pérennité d'une culture professionnelle à tous les acteurs du métier. Cela aboutirait à une nouvelle reconnaissance sociale, à un nouveau positionnement sociétal et à une nouvelle identité personnelle et « professionnelle ».

Le groupe « formation initiale en massokinésithérapie » correspond au schéma décrit ci-dessus. Ce groupe est composé d'identités propres : le groupe des étudiants, le groupe des formateurs non médecins, le groupe des formateurs médecins, les formateurs des différents terrains de stage, des MK investis comme expert dans ce métier (Conseil de l'ordre, syndicats, associations, fédérations, institutions etc.), l'État (Sur différents niveaux : départemental, régional, national). Sa demande de professionnalisation et l'écriture des textes de la réforme proviennent de ces différents groupes sociaux. Elle a abouti après de nombreuses négociations, de compromis et d'ajustements (développés dans les paragraphes précédents). Cette demande repose plus sur une harmonisation de la formation, conformément au processus de Bologne, qu'à un changement social et/ou sociétal (Résultat des entretiens).

Bourdoncle,⁶⁴⁰ citant Johnson, précise que « la professionnalisation n'est pas un processus historique d'approfondissement du savoir et de la morale d'une activité, mais un processus politique de renforcement de son contrôle par elle-même. » L'autonomie exprimée par ces propos est celle attendue par le métier de MK. Notre première analyse, met en avant une autonomie d'action professionnelle par le libre choix des approches thérapeutiques. Mais l'autonomie d'accès direct n'est toujours pas actée. Ce métier est toujours dépendant de la prescription médicale. Si la cible attendue de cette professionnalisation est bien une autonomie complète, le binôme professionnalisation-universitarisation devrait être l'outil pour y parvenir. Nous avons acté que le

⁶³⁹ Lang V., 1999, « La professionnalisation des enseignants : sens et enjeux d'une politique institutionnelle », Edit : PUF, p.6

⁶⁴⁰ Ibid.192, p.90

processus d'universitarisation n'en propose pas un parcours complet conformément au processus de Bologne : LMD. L'outil n'est pas utilisé à sa juste hauteur.

Maubant⁶⁴¹ (2011) mentionne que « *le terme de professionnalisation porte un sens différent lorsqu'il est utilisé par les organismes de formation professionnelle. Ces derniers mettent en avant la formation comme moyen et comme levier de professionnalisation, c'est-à-dire comme processus destiné à induire des compétences professionnelles qui vont rendre les acteurs plus employables, plus adaptables sur le marché du travail* ». Cette nouvelle formation initiale doit répondre à deux injonctions. La première, proposer un parcours complet LMD, et la seconde par les processus de professionnalisation-universitarisation, répondent aux attentes de l'État. Le législateur est à la recherche d'approches thérapeutiques validées, permettant le conventionnement de ce métier. À ce jour, cette validation ne repose plus sur des « preuves » issues de l'EBM, seules références acceptées. L'employabilité est recherchée par rapport au coût d'investissement de ce conventionnement professionnel et non sur le ressenti d'efficacité affiché par le patient. De très nombreuses recherches ont mis en avant l'effet placebo de certaines prises en charge par des MK (Ex : les étirements musculaires après l'effort ; l'utilisation des ultrasons, le massage, etc.). La conséquence directe est que ces approches thérapeutiques ne seraient pas validées par l'EBM.

Pour Charle⁶⁴² (2007), c'est « *l'université qui décide du contenu des programmes d'enseignements, son organisation interne est fondée sur des disciplines académiques et ne dépend guère des impositions du marché du travail* ». Nous retrouvons ici toute la dualité entre professionnalisation et universitarisation. La formation initiale s'approprie le concept d'universitarisation, et dans le même temps l'université s'engage dans sa professionnalisation. Le métier de MK apporte « les matières » à enseigner, et le savoir-être, l'université apporte sa méthodologie de validations scientifiques des savoirs du métier de MK. Mais retrouve-t-on une hiérarchisation entre ces deux concepts ?

Pour Dubar⁶⁴³ (2003), la professionnalisation est une des actions qui modifient l'identité d'une personne : « *Les individus construisent des formes identitaires. Elles ne dépendent pas seulement de leur passé ou de leur origine sociale. Elles résultent aussi d'expériences vécues au travail ou en situation de formation* ». Ces identités, propres à chacun, permettent à la personne de s'identifier socialement et socialement. L'attente sociétale est-elle une des revendications exprimées par les étudiants, les formateurs et les MK ? Cet axe sera questionné pour notre recherche.

Les trois cibles de la professionnalisation choisie, personnelle, collective et institutionnelle assisteront à leurs modifications identitaires. C'est par les interactions entre ces trois axes que ce concept trouvera pleinement sa place. Il sera recherché de la part des protagonistes, un plus petit dénominateur commun pour maintenir un équilibre dans sa réalisation. Cette professionnalisation choisie peut-être une demande de reconnaissance identitaire d'une de ces trois cibles. Nous pouvons proposer trois axes de professionnalisation communs à ces cibles :

- La validation d'une identité déjà reconnue (Acter à un temps T la reconnaissance de compétences validant un statut social et professionnel)
- La consolidation d'une identité existante (Acter par des formations la reconnaissance de compétences validant une progression sociale et professionnelle)
- La transformation d'une identité. (Acter à un temps T le changement identitaire, et un changement sur les échelles sociale et professionnelle).

⁶⁴¹ Ibid.637, p.8

⁶⁴² Ibid.496, p.63

⁶⁴³ Dubar C., 2003, « *Entretien avec Claude Dubar : Se construire une identité* », Extrait de Sciences humaines hors série n°40

Cette nouvelle formation initiale voit l'identité professionnelle du métier enseigné changer de paradigme. Pour Wittorski⁶⁴⁴ (2010), il voit « *la professionnalisation comme un ensemble de processus en interaction conduisant à la construction et à l'évolution d'une identité professionnelle attestant de compétences spécifiques* ». Cette évolution nous questionne sur le devenir des représentations identitaires antérieures et informelles que porteraient les nouveaux étudiants avant de débiter leur formation initiale. Ces dernières véhiculent des apports, des connaissances et des compétences d'avant la réforme. Une identité singulière est à recréer. Perez-Roux⁶⁴⁵ (2019) précise que la professionnalisation participe à « *l'évolution des modes d'organisation du travail conduit de formation conduit les acteurs (direction, formateurs, étudiants) à transformer un certain nombre d'activités professionnelles et construire de nouvelles compétences et/ou de nouveaux savoirs. L'appropriation de la réforme, pour l'ensemble des acteurs concernés, reste liée à la capacité à changer de modèle* ». Ce changement de modèle modifiera la posture des formés ainsi que l'identité professionnelle. Elle⁶⁴⁶ complète ces propos par des remontées du terrain professionnel du binôme professionnalisation-universitarisation, « *une survalorisation de la réflexivité au détriment des pratiques réelles et de la qualité des prises en charge du patient.* » Il semblerait que l'action de professionnalisation semble non atteinte par rapport à celle de l'universitarisation. Le futur professionnel est plus dans la réflexion que dans l'action.

Cette réforme passe d'une logique de réflexion et de l'action à une logique de réflexion sur l'action. Ces changements auront-ils des conséquences sur la professionnalité des nouveaux diplômés ? Elle⁶⁴⁷ précise, « *cependant certaines limites apparaissent dès la mise en œuvre des changements dans les instituts de formation, en particulier dans la difficulté pour les formateurs et les étudiants à changer de logique, peut-être parce qu'il s'agit aussi d'un changement d'identité professionnelle* ». D'où proviennent ces limites ? Cette professionnalisation des étudiants, futurs nouveaux MK, qui est très encadrée en est-elle une des limites ? L'ensemble de la réforme, et de sa lourdeur et complexité, par ses réglementations, ses référentiels d'activités et de compétences (dont les critères, indicateurs, recommandations, évaluations, portfolio, mémoire d'initiation à la recherche) peut en être une des limites. Cela ne laisse que trop peu de place à une « véritable autonomie ». Cela limite la professionnalisation pour tous les apports aux limites et à la marge des compétences, dont les compétences partagées (Approche ergothérapeutique, prise en charge du post-partum, etc.). Le cahier des charges de cette formation a été validé sous le regard du monde médical qui en a limité certaines approches.

Cette formation initiale est passée à quatre années d'étude. La réforme de 1989 était sur trois ans, proposait un volume d'enseignement théorique et de la pratique deux fois plus important que celle de 2015. C'est « au détriment » du travail personnel que nous constatons cette forte diminution de ces enseignements fondamentaux. Le volume horaire des stages ne varie que très peu. Cela nous questionne sur les temps de professionnalisation des étudiants. Nous nous interrogeons sur cette « perte » d'interactions entre les formés eux mêmes et les formés et formateurs, qui sont à la base d'une professionnalisation réussie. Joubert⁶⁴⁸ (2016) précise que « *les processus de*

⁶⁴⁴ Wittorski R., 2010, « Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets », Les dossiers des sciences de l'éducation, 24/2010, Edit : Presses universitaires du Midi, p.

⁶⁴⁵ Ibid.4, p.27

⁶⁴⁶ Ibid.4, p.92

⁶⁴⁷ Ibid.4, p.15

⁶⁴⁸ Joubert G., 20, « *La professionnalisation, entre compétence et reconnaissance sociale* », dans, « La professionnalisation en formation », Textes fondamentaux » Dirigé par Wittorski, Edit : Presse universitaire de Rouen et du Havre, p.45-60, p. 47

professionnalisation sont des phénomènes complexes qui se déploient dans une interaction entre des dimensions épistémiques et praxéologiques (la constitution et la diffusion des savoirs propres du groupe professionnel) et des dimensions sociales de luttes pour la reconnaissance ». Pour Bourdoncle⁶⁴⁹ (2000), « *la professionnalisation des personnes est de même nature que la socialisation professionnelle et recourt aux mêmes dispositifs d'action sur les individus par l'intermédiaire des situations et des interactions qui s'y déroulent (ce qui relève autant de la sociologie que de la psychologie).* » Nous y ajoutons les propos Champy-Remoussenard⁶⁵⁰ (2008) sur la « *professionnalisation, en tant qu'objectif ou intention qui traduit le souci de l'utilité des connaissances transmises par les institutions de formation et des débouchés des bénéficiaires de ces formations, englobe potentiellement la formation et l'accès aux certifications, que ce dernier passe par les diplômes ou la validation des acquis mais aussi, dans une configuration plus large, l'ensemble des processus susceptibles de transmettre et construire savoirs et compétences dans une visée professionnalisante (en incluant les situations de travail formatrices et les différents dispositifs destinés à valoriser l'expérience et les compétences).* » La transmission décrite par Champy-Remoussenard ne peut-être validante qu'en présence d'interactions entre novices et experts. Cette réforme néglige ce point en privilégiant une autonomie de travail personnel de l'étudiant. Cette approche méthodologique est celle retrouvée au sein de l'université.

Nous constatons que le concept de professionnalisation est moins mis en valeur par cette formation. Il ne se retrouve qu'au deuxième cycle du programme. Il représente 1800 heures d'apprentissage sur les 4370 heures programmées. Le temps des apprentissages personnels est de 1610 heures. Nous constatons que les temps d'interactions alloués à la professionnalisation pourraient valider les propos de Perez-Roux sur la perte des repères professionnels. Nous pourrions avancer l'hypothèse suivante : la nouvelle formation initiale en massokinésithérapie explore plus le concept d'universitarisation que celui de la professionnalisation pour les étudiants, les formateurs et les tuteurs de stage. Il n'est pas retrouvé de discours sur celui de l'université. Cela a pour conséquence la mutation de l'identité professionnelle de ces futurs praticiens.

Sur ces temps d'apprentissages collectifs, de nouveaux espaces d'interventions sont proposés aux MK. Nous rappelons que cette formation initiale participe à la réorganisation du système de santé français. Des nouveaux champs professionnels s'ouvrent aux MK, dont celui de la promotion et de la prévention en santé. Le cahier des charges de cette formation s'étoffe. Cela diminue d'autant les apprentissages professionnels « ancestraux », qui faisaient le cœur du métier.

Bourdoncle⁶⁵¹ (1993) précise la place principale de l'université portée par ce processus de professionnalisation : « *depuis Parsons, on le sait, tout processus de professionnalisation implique l'université, lieu de production, de rationalisation et de diffusion des savoirs de haut niveau sur lesquels la profession assoie ses prétentions de compétence, d'exclusivité et d'autonomie.* » Il n'est pas fait mention d'une quelconque professionnalisation de l'université.

Le concept de professionnalisation bouscule l'approche pédagogique de l'université. Elle n'est plus le sanctuaire de la création de nouveaux savoirs scientifiques. Elle complète son catalogue de formation en proposant aux métiers d'empreinter le chemin de l'universitarisation pour accompagner les diverses professionnalisations des métiers demandeurs d'une nouvelle légitimité. La

⁶⁴⁹ Bourdoncle R., 2000, « Professionnalisation, formes et dispositifs », Dans Recherche et Formation, n°35, Formes et dispositifs de formation, p.117-132, p.119

⁶⁵⁰ Champy-Remoussenard P., 2008, « Incontournable professionnalisation », Dans Savoirs 2008/2, n°17, p.51-61, p.52

⁶⁵¹ Bourdoncle R. 1993, « La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe », Dans Revue française de pédagogie, Vol.105, p.83-119p.108

professionnalisation de l'université se complète par la production de compétences professionnelles validées conformément aux approches pédagogiques universitaires, et par l'accompagnement d'étudiants à la recherche d'un diplôme en vue d'une insertion professionnelle. A ce jour de très nombreux « employeurs » sont à la recherche de diplômés universitaires de niveau licence (L3) ou master (M2). Nous citerons comme exemple le métier de professeur des écoles qui nécessite un master 2 pour pouvoir prétendre à officier après concours.

Aux questions posées : qui professionnalise qui, pourquoi et comment, à qui cela profite-t-il ? Nous pouvons en proposer des approches. La professionnalisation doit correspondre à une demande. Elle doit être choisie et non prescrite. En fonction du demandeur, sa prescription pourra être vécue comme une obligation (Par exemple : certains membres d'un groupe peuvent refuser une formation (Changer de poste de travail peut-être mal vécu par une personne ayant développé des compétences très spécifiques) .La professionnalisation ne peut pas être envisagée seule. Elle débute par un constat : progresser pour être plus efficace, pour avoir une nouvelle légitimité, et pour le monde professionnel, avoir une activité plus rentable. Elle a besoin d'appuis pour évaluer les axes à modifier. De cette expertise sera établi un cahier des charges correspondant à la demande de « mutation » et de sa faisabilité. Nous concluons que l'on ne peut pas se professionnaliser seul. Chaque entité sollicitant une professionnalisation attend de celle-ci une modification, une évolution, une rationalisation de ses actions et une nouvelle reconnaissance.

Pour Gayraud⁶⁵² (2011), la professionnalisation, « *c'est aussi donner les clés d'une insertion professionnelle réussie à l'ensemble des étudiants, et ce, que la formation suivie soit de nature académique ou professionnelle* ».

Nous concluons par cette longue définition de la professionnalisation. Pour Postiaux⁶⁵³ (2011), « *la professionnalisation désigne donc un processus de complexification d'un métier dont on estime que l'exercice requiert davantage de connaissances et de compétences de haut niveau, celles-ci devant faire l'objet d'un apprentissage spécifique, long et/ou assuré par un palier plus élevé du système éducatif. En ce sens, le fait qu'un programme universitaire soit conçu comme un prérequis indispensable à l'exercice d'un métier signe la professionnalisation de ce dernier. La professionnalisation peut alors être considérée comme un « processus historique par lequel une occupation devient une profession du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle, sinon incontestable* ». Nous retrouvons là le profil de la nouvelle formation initiale en massokinésithérapie. Mais nous constatons que le diplôme le plus élevé proposé par l'université n'est pas atteint pour cette formation. Pour Postiaux, elle n'est pas dépendante de ce diplôme, mais bien par une des trois certifications universitaires. À ce titre, nous pouvons acter que la professionnalisation du métier de MK est bien « activée ».

⁶⁵² Gayraud L., et All, 2011, « Université : les défis de la professionnalisation », Notes Emploi Formation (NEF), mai 2011, Céreq, p.16

⁶⁵³ Postiaux N., 2011, « *Compétences et professionnalisation. Les compétences asservit-elle l'Université au monde professionnel, la faisant ainsi renoncer à son idéal pédagogique ?* », Education et Formation-e-296-Décembre 2001, p.47

4- La notion de compétence

Introduction

Dans un premier temps, nous essayerons de définir ce terme et ce processus. Puis nous rechercherons les implications sur la formation initiale en massokinésithérapie, et sur notre sujet, l'identité professionnelle.

Nous noterons que ce mot est très majoritairement écrit au pluriel.

L'origine de cette notion, approche par compétences, est nord américaine dans les années 60. Elle serait issue de la pédagogie par objectifs dans l'enseignement technique (Travaux de Ralph Tyler, 1935, initiateur de cette pédagogie). Coulet⁶⁵⁴ précise que ce sont « *les psychologues qui ont été les premiers à utiliser le concept de compétences (White, 1959)* » Dès son origine, trois notions sont convoquées : le savoir, le savoir faire et le savoir être (communément appelé les « 3 s »). Cette notion complexe de compétences est de plus en plus présente dans le monde de l'éducation.

À titre d'exemples, les différentes évaluations de la scolarité de l'école élémentaire française reposent sur les compétences. Celles-ci ont pour objectifs de valider un socle commun pour un passage en classe de sixième ; les formations initiales des métiers paramédicaux français reposent sur une approche par compétences. Les nombreux travaux de Guy Le Boterf et d'Henri Boudreault décrivent ce concept. Nous nous appuyons sur ces supports.

Cette notion est très largement investiguée en SHS, et en sciences de l'éducation. Elle est sollicitée sur toutes les activités de la vie personnelle comme professionnelle. Elle peut être associée à des stratégies de sélections ou de perfectionnements. C'est un outil de récupération de données formelles (savoir, et savoir faire) et informelles (savoirs être). C'est dans le monde du travail que les compétences sont les plus recherchées. C'est un outil est autant utilisé pour mettre en avant des compétences acquises que celles à acquérir, dans un but de meilleure rationalisation et d'optimisation de production. C'est aussi un outil de qualification qui détermine un niveau personnel et/ou professionnel. En France, le premier bilan de compétences est officialisé en 1991 par l'article L 6323-1 du code du travail. Ce bilan de compétence a pour but d'estimer les capacités d'employabilité d'une personne, ses évolutions au sein d'une entreprise, son retour à un emploi ou à une mobilité professionnelle. Parallèlement est créé le référentiel de compétences. Ce référentiel met à jour les compétences acquises et celles à atteindre. Ce référentiel est devenu le support de la plupart des formations initiales et professionnelles, et de divers organismes. Nous donnerons comme exemple le bilan de compétences d'un salarié du secteur privé⁶⁵⁵ (2023) : « *L'objectif d'un bilan de compétences est d'analyser vos compétences professionnelles et personnelles et de définir un projet professionnel et éventuellement de formation* ». Pour le monde professionnel, la notion de compétence est devenue la référence principale de gestion d'une personne ou d'un groupe de personnes. Ce concept peut s'appuyer sur trois outils pour l'élaboration du bilan de compétences : la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE, 2002), la Validation des Acquis professionnels (VAP, 1985), et/ou la Validation des Acquis Professionnels et Personnels (VAPP, 1985). « *Cette VAPP est un*

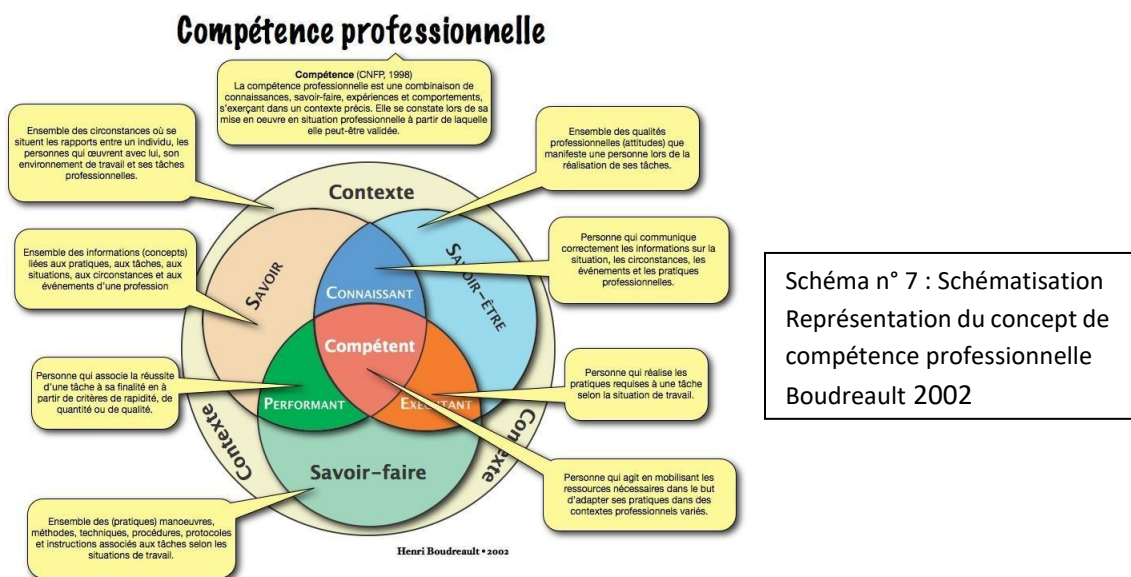
⁶⁵⁴ Coulet J.C., 2011, « *La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences.* », Dans : Le travail humain, 2011/1, Vol.74, p.1-30, p.3

⁶⁵⁵ Site du Service-Public.fr, le site officiel de l'administration française, 2023, [Bilan de compétences d'un salarié du secteur privé | Service-public.fr](https://www.service-public.fr/bilan-compete)

dispositif qui permet d'intégrer une formation diplômante en l'absence des diplômes préalablement requis pour y accéder. C'est un accès plus facile aux diplômes et à la reprise d'études » (CNAM⁶⁵⁶, 2023).

Le mot compétence est retrouvé deux cent quarante cinq fois dans le BO et l'Arrêté du deux septembre 2015 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. Pour Avenel⁶⁵⁷ (2019), le passage à une formation initiale reposant sur la validation de compétences rompt « avec un modèle fondé sur une « conception taylorienne et fordienne » du MK en tant qu'opérateur » et de s'inscrire dans un modèle de perspective d'économie du savoir et des compétences » fondé sur un MK « acteur » ». Ce concept bouscule la posture du formé. Il est au centre de sa formation. Ses identités personnelles et professionnelles s'adaptent. Précédemment, nous nous sommes questionnés sur cette nouvelle posture et des conséquences qu'elle aurait sur l'identité personnelle et professionnelle du formé. Nous avons aussi avancé que cette posture pouvait être considérée comme « auteur ». Ce concept peut-il la valider ?

Enfin, les travaux de Boudreault, sur les compétences professionnelles, mettent en avant que les enseignements et les formations par l'approche de compétences sont l'inverses de ceux de la transmission des savoirs. Elles visent des apprentissages formels, ajustables, modifiables, exploitables s'appuyant sur des savoirs, savoir-faire et savoir-être.



4-1 Définitions

Le Larousse définit la compétence comme : un ensemble de dispositions, capacités, aptitudes spécifiques qui permettent à tout sujet parlant une langue de la maîtriser, et qu'il met en œuvre à l'occasion de ses actes de parole effectifs dans des situations concrètes (ce qui constitue la performance) ; aptitude d'une autorité à effectuer certains actes ; capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger.

⁶⁵⁶ CNAM, consulté en ligne, 03/2023, [VAPP - Validation des acquis professionnels et personnels | Le CNAM Ile-de-France \(cnam-idf.fr\)](https://www.cnam-idf.fr)

⁶⁵⁷ Ibid.4, Avenel C. p.49

Pour Le Robert, elle correspond à : une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières.

Le dictionnaire de l'Académie Française la définit comme : une aptitude d'une autorité publique à accomplir des actes dans des conditions déterminées.

Ces définitions positionnent la compétence comme une des actions qu'une autorité peut s'approprier pour valider un monopôle.

Le Boterf⁶⁵⁸ (2015) présente sa définition comme : « *La compétence est un savoir agir responsable et validé, qui nécessite pour gérer des situations professionnelles complexes et événementielles, de savoir choisir, combiner et mobiliser ses ressources propres* ». S'appuyant sur le rapport du Bureau International du Travail (B.I.T, 1999) Il précise que cette notion modifie les interactions entre les entreprises sur le marché du travail. Il⁶⁵⁹ cite : « *le niveau de compétence et de la qualité de la main d'œuvre feront de plus en plus la différence dans la course aux débouchés sur le marché mondialisé* ». Cette notion est devenue un outil d'hyperspécialisation du monde du travail qui s'est affranchi des frontières de chaque pays. Les compétences attendues pour la formation initiale en massokinésithérapie doivent être identiques sur l'ensemble des pays ayant signé le processus de Bologne. Il y a de fait, une harmonisation des parcours de formations qui devrait valider une « approche thérapeutique » identique pour tous les MK ou physiothérapeutes.

Cette formation initiale est répartie sur deux cycles de deux ans. L'article 8 de l'arrêté de 2015 précise que « *l'acquisition des compétences en situation s'effectue progressivement au cours de la formation* ». L'article 11 mentionne que « *le tuteur évalue les niveaux d'acquisition de chacune des compétences à partir des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio* ». Pour Michon⁶⁶⁰ (2015), cette répartition met en avant « *une progression pédagogique de savoirs les plus fondamentaux et/ou transversaux, nécessaires pour l'acquisition d'un socle de compétences génériques avant la confrontation à des savoirs scientifiques et professionnels plus spécialisés, orientés par spécificités des domaines d'interventions.*» Une compétence s'acquiert au fil de différents apprentissages et d'interactions sociales. Elle commencerait par l'acquisition d'un cadre théorique des fondamentaux de l'exercice à venir (Notion de savoir), puis s'appuyant sur ces acquis, ces compétences seront exploitées, modifiées, ajustées et professionnalisées sur les différents terrains d'échanges d'une professionnalisation débutante (Notion de savoir faire), pour aboutir à une pratique critique et réflexive (Notion de savoir-être).

Ce concept a pour objectif principal d'accompagner une personne sur son parcours de professionnalisation. Sa posture et ses identités accompagneront cette progression. L'idéal attendu est de passer d'une posture de novice à celle d'expert. Mais à partir de quel moment est-on un expert ? Sachant qu'une compétence est soumise aux différentes interactions sociales et sociétales et aux progrès de la recherche, celle-ci n'a donc pas de fin. L'expert serait peut-être la personne capable d'ajuster son propre regard critique et de contribuer à l'évolution de ses compétences. Nous retrouvons là toute la professionnalisation du métier de MK. Les compétences acquises lors des différentes formations initiales sont le reflet des ajustements de celles-ci.

⁶⁵⁸ Le Boterf G., 2015, « Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions », Septième édition argumentée, Edit : Eyrolle, p.12

⁶⁵⁹ Ibid. 659, p.21

⁶⁶⁰ Michon D., 2015, « Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation. » », Kinésithérapie La revue 15 (167), p.30-36, p. 34

4-2 La notion de compétence

De la sphère personnelle comme professionnelle, la notion de compétence est devenue familière. Elles ne sont pas attachées à une certification ou un diplôme. On peut être compétent en pâtisserie à titre de plaisir (Sphère personnelle) comme en faire son métier (Sphère professionnelle, avec un diplôme). Le Boterf⁶⁶¹ précise que chaque « *individu est un entrepreneur de ses compétences* ». Être entrepreneur, c'est d'être en capacité de se projeter dans l'avenir pour améliorer, modifier ou créer quelque chose de nouveau. En fonction de ces désirs personnels ou professionnels, un acteur social cherchera à diversifier, à compléter, à modifier, à améliorer ou à transformer ses compétences. Cela ne passe pas forcément par une formation établie. Par l'outil informatique et les très nombreux tutoriels, chaque personne est en capacité de se « professionnaliser ». De très nombreux auteurs distinguent deux typologies de compétence. La première à titre personnel et la seconde à titre professionnel. La ou les compétences personnelles peuvent être le point de départ de futures compétences professionnelles. Elles sont recherchées lors d'un premier emploi, d'une progression ou d'un changement professionnel.

La compétence professionnelle est un savoir regroupant trois notions indissociables : un savoir (théorique), un savoir-faire et un savoir-être (ou savoir-vivre en fonction des auteurs).

- La notion de savoir (théorique) : est l'ensemble des connaissances théoriques et langagières à connaître et à acquérir pour pouvoir prétendre mettre en action une activité visée,
- La notion de savoir-faire : est l'ensemble des enchainements opérationnels des réflexions, des fonctions, des manières d'agir, des procédures, des conceptualisations et d'organisation afin d'exécuter une action,
- La notion de savoir-être (ou savoir-vivre) : est l'ensemble des comportements, des postures, des qualités, des faisabilités et des capacités pour effectuer une tâche.

Boudreault⁶⁶² (2017) précise que : « *de façon complémentaire, nous distinguons la compétence professionnelle comme la conséquence d'un rapport simultané entre le savoir-être, le savoir et le savoir-faire où chacun de ces éléments est relié aux autres et exerce une influence sur les autres en rapport avec le contexte lié aux groupes sociaux vers lesquels la formation oriente l'individu.* »

L'ensemble de ces trois notions est personnelle dépendante. Sur une action commune, tout en respectant les procédures, l'action pourra être accomplie à un « rythme différent ». Nous pouvons considérer que la compétence est un outil servant à l'évaluation. Dans le monde professionnel, elle définit la place d'un sujet par rapport aux normes, aux recommandations et aux exigences professionnelles. Cela permet soit au sujet, soit au groupe d'appartenance du sujet, soit au métier, de proposer des remises à niveau, des formations, ou des changements de responsabilité. À ce titre, la notion de compétence n'est pas un savoir académique ou universitaire.

⁶⁶¹ Le Boterf, 1998, « *Construire des compétences et réussir la professionnalisation* », Intervention lors du conseil du CIPF d'Aix-en-Provence, 28/05/1998, p.1

⁶⁶² Boudreault N., 2007, « *Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer.*», Didactique Professionnelle – Quatrième Colloque International entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet : quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle ? Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec le laboratoire CIREL (EA 4354) Les 6, 7 et 8 juin 2017 - Université de Lille - Sciences et Technologies, France, p.3

Boudreault⁶⁶³ (2007) définit « *une compétence est un concept qui possède un large éventail de définitions* ». Il complète ces propos par un extrait du MEES⁶⁶⁴ (2016), « *le concept de compétence est défini, dans les programmes de formation, comme le pouvoir agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches ou des activités de travail, qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs (ce qui implique certaines connaissances, habilités dans divers domaines, perceptions, attitudes)* ». La formation initiale en massokinésithérapie doit conduire et accompagner le formé sur une pratique professionnelle. Cette dernière repose sur l'ensemble des apports par les compétences en cours de développement. Pastré (2011) cible, « *la compétence se manifeste dans une action située* ». Cette compétence n'est pas dépendante du monde professionnel, elle est aussi sollicitée par et dans la sphère personnelle. Leplat⁶⁶⁵ (2008) propose comme définition de « *La compétence est le système de connaissances qui permettra d'engendrer des activités répondant aux exigences des tâches d'une certaine classe [...] Elles sont finalisées et se caractérisent par la mise en œuvre de connaissances en vue de la réalisation d'un but* ». La compétence reposerait en premier temps sur le savoir. Celui-ci peut, peut-être d'origine formelle ou informelle. « *La première année de formation initiale en université pour les étudiants en massokinésithérapie est bien porteuse d'une identité professionnelle issue d'expérience buissonnière* » sont porteurs d'un savoir informel. » Salaün⁶⁶⁶ (2020). « *La notion de compétence peut se définir comme le système d'explication de la performance observée, qui décrit l'organisation des connaissances construites dans le travail et pour le travail* » Samurçay et Pastré⁶⁶⁷ (1995). Le livret de compétences, issu du décret de compétences, est l'outil principal d'un synopsis de formation. Celui retrouvé pour la formation initiale en massokinésithérapie est très dense. Il en complique son application. Cela ne laisse aucune marge de manœuvre pour les formés, les formateurs et les tuteurs. À chaque compétence sont adossés un critère et un indicateur à évaluer, pour valider un niveau de compétence. Certaines compétences sont transversales pour la formation. Cela fait appel à la notion de réflexivité du formé. Nous pouvons aussi ajouter que certaines compétences sont transversales à d'autres formations et réciproquement. Pour Tardif⁶⁶⁸ (2013), « *une compétence est dite transversale, car elle n'est pas identifiée à une discipline particulière. De fait, elle est générale par rapport à des compétences spécifiquement professionnelles et disciplinaires* ». Nous retrouvons plus d'une trentaine de compétences transversales dans l'arrêté de 2015 de la formation initiale en massokinésithérapie. Cela pourrait ouvrir les portes d'une formation initiale commune avec les métiers sollicitant ces compétences transférables. La CNU 91 en est-elle la solution ?

De très nombreux auteurs proposent des approches différentes pour ce concept.

Vergnaud⁶⁶⁹ (2001) complète le consensus de définitions (des « 3S ») de ce concept par l'identification de quatre niveaux de compétences, basés sur un comparatif entre deux acteurs

⁶⁶³ Ibid. 663 p.2

⁶⁶⁴ MEES, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 2016, « Programme d'études secrétariat du Québec »

⁶⁶⁵ Leplat J., 2008, « Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie », Col. Le travail humain, Edit ; PUF, p.17

⁶⁶⁶ Ibid. 151, Chap. 14, « Identité professionnelle de la formation des kinésithérapeutes et savoirs buissonniers », p.326

⁶⁶⁷ Samurçay R., Pastré P., « *La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences* », in *Éducation permanente*, 123, 13-31, p.15

⁶⁶⁸ Tardif J., et All., 2013, « *De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacle souvent infranchissable* ». Revue française de linguistique appliquée. Vol XVIII, 29-45. p.31

⁶⁶⁹ Vergnaud G., 2001, « *Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance* », dans J. Portugais (Éd.), « *La Notion de compétence en enseignement des mathématiques, analyse didactique des effets de son introduction sur les pratiques et sur la formation* ». Actes de colloque, Montréal, p.7

sociaux, ou la progression d'un acteur en fonction des supports collectés. Tout en se rapprochant des trois notions des savoirs, il en présente le schéma suivant :

- « *A est plus compétent que B s'il sait faire quelque chose que B ne sait pas faire. Ou encore A est plus compétent au temps t' qu'au temps t parce qu'il sait faire quelque chose qu'il ne savait pas faire ;*
- *A est plus compétent que B, s'il s'y prend d'une meilleure manière. Le comparatif « meilleure » suppose des critères supplémentaires : rapidité, fiabilité, économie, élégance, compatibilité avec la manière de procéder des autres, etc. ;*
- *A est plus compétent s'il dispose d'un répertoire de ressources alternatives qui lui permet d'utiliser tantôt une procédure, tantôt une autre, et de s'adapter ainsi plus aisément aux différents cas de figure qui peuvent se présenter ;*
- *A est plus compétent s'il sait « se débrouiller » devant une situation nouvelle d'une catégorie jamais rencontrée auparavant.»*

Cette approche met en avant l'existence formelle ou informelle, à minima, de compétences primitives. Celles-ci permettent de mettre en avant une comparaison entre deux sujets sociaux. Il n'est pas fait mention d'une quelconque hiérarchisation entre ces différents acteurs, mais plus d'un constat à un temps T. La reconnaissance sociale qui en découle les positionne l'un par rapport à l'autre. Chaque entité sociale peut exprimer d'autres compétences puisées dans des « talents » personnels. Pour Vergnaud, ce concept repose plus sur des interactions entre un sujet social et une entité à laquelle il peut se comparer. Cette comparaison l'aide dans la construction de nouvelles compétences, se rapprochant à de nouvelles normes. Il n'est pas fait mention de positionnement ou repositionnement sociétal. Pour Tardif⁶⁷⁰ (2013), une compétence est « *la capacité d'un acteur social à puiser dans son passé, ses expériences personnelles et professionnelles, ses souvenirs et ses diverses connaissances et de les confronter à une norme établie afin de réaliser une tâche* ». Cela demande de la part de cet acteur une véritable capacité d'analyse. Pour Caria⁶⁷¹ (2006), « *le concept de compétence offre la possibilité à l'acteur social de sélectionner et d'organiser de l'information par rapport à des recherches et des questionnements propres dans la mesure où sont explicités et découverts les principes et les règles de leur utilisation dans la résolution de problèmes, notamment à travers l'activité métacognitive* ». Cette métacognition fait déjà preuve de compétences d'analyses. Ces propos mettent en avant, sans la nommer, la notion de réflexivité. Pour formaliser une nouvelle compétence, l'individu devra être en capacité d'analyser l'ensemble des informations qu'il dispose et celles qui lui sont apportées. Les étudiants de cette formation initiale seront confrontés à cette réflexivité dès l'entrée en formation. Leurs premières compétences professionnelles proviennent des interactions sociales non formelles et informelles d'avant la formation. Ces premières représentations seront analysées, reconstruites ou affinées par l'étudiant par rapport à celles apportées. Sur le premier cycle, ils développeront plus des compétences universitaires, et par les stages, les prémices de compétences de la pratique professionnelles, tout en ajustant ou en modifiant celles acquises précédant l'entrée en formation. C'est sur le deuxième cycle que les compétences professionnelles seront développées. A chaque étape de ce processus de formation, l'étudiant fera appel aux compétences acquises ou en cours d'acquisition afin de proposer une

⁶⁷⁰ Tardif J., 2013, Notes personnelles, Conférence du 20 février 2013, donnée à l'ICAP Université de Lyon 1.

⁶⁷¹ Caria T.H., 2006, « *Connaissance et savoir professionnels dans les relations entre éducation, travail et science.* », dans Esprit critique, 2006, Vol.8, n°1, p7

approche thérapeutique personnalisée à chaque patient. Cela mettra en action la métacognition propre à chacun.

Gagnayre⁶⁷² (2005) propose sa vision de la compétence professionnelle et de son concept. Il met en avant trois notions qui interagissent alternativement. La première, mobilise un ensemble de savoirs. La seconde correspond à la mise en action de la compétence aboutissant à une performance visualisable et mesurable. La troisième, met en avant la capacité réflexive et l'autonomie d'ajustement tout au long de la réalisation de la tâche. Nous retrouvons, dans cette proposition, de grandes similitudes au regard des autres définitions développées. Dans un des axes proposés, la notion de performance est avancée. Pour Le Boterf,⁶⁷³ lorsqu'une compétence est mise en œuvre, elle « *produit des résultats qui s'apprécient en termes de performance* ». Une performance est le résultat final, chiffré d'une mise en œuvre d'une tâche mobilisant plusieurs actions, dans une perspective de classement. Salgado, citant Notat⁶⁷⁴ (2007), précise qu'une performance « *est définie comme un constat officiel enregistrant un résultat accompli à un instant t, toujours en référence à un contexte, à un objectif et un résultat attendu, et ce quel que soit le domaine* ». Le concept de compétence serait d'exceller, de dépasser les limites de faisabilité d'une action. Cette notion fait appel à une réflexivité et à une autonomie de l'acteur, avant l'exécution d'une action. Cela permet aussi, d'être en capacité d'explorer l'ensemble des solutions proposées et de formaliser une action non stéréotypée. L'étudiant en formation initiale en massokinésithérapie fera preuve de « grandes compétences » en proposant une approche thérapeutique adaptée au profil de son futur patient. Celle-ci n'est pas une prise en charge d'un « copier-coller » d'une suite de pratiques, mais bien l'adaptation réflexive de l'approche. Le Boterf mentionne qu'une performance peut « *dépendre aussi des contraintes environnementales* ». L'environnement médical du métier de MK peut en être un. Par exemple, le lieu d'exécution de la prise en charge d'un patient, peut modifier l'approche thérapeutique ; l'âge, l'état cognitif peuvent aussi être des freins ou des contraintes. Le MK fera appel à sa réflexivité pour optimiser son approche thérapeutique afin de générer une performance singulière, dans ses domaines de compétences. Cette formation initiale est une formation d'approche généraliste de l'approche thérapeutique en massokinésithérapie. De très nombreux MK se spécialisent tout au long de leur carrière. Cette, ou ces, spécialité laisse des champs entiers de non prise en charge. Ce phénomène est en pleine expansion. Ce choix personnel, se retrouve après des formations de spécialités. Les « nouveaux formés » expriment leur choix par une appétence à telle ou telle pathologie et par l'acquisition de nouvelles compétences spécifiques.

Zarifian⁶⁷⁵ (2004) se positionne différemment. Pour lui, « *La compétence est une intelligence pratique sur la situation qui s'appuie sur des connaissances acquises, et qu'il les transforme avec d'autant plus de force que la situation lui permet une certaine autonomie.* » De ces travaux il n'en ressort qu'une compétence :

⁶⁷² Gagnayre R., et All, 2005, « *Les compétences des soignants en éducation thérapeutique* », adsp n°52 septembre 2006, p.69-72, p.69

⁶⁷³ Ibid. 611, p.3

⁶⁷⁴ Salgado M., 2013, « *Section 1. La « performance » : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations* », p.1, Notat N., 2007, « *Une question centrale* », Acteurs de l'Économie, dossier spécial performance, octobre 2007, p. 72.

⁶⁷⁵ Zarifian P., 2004, « *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions* », Col : Entreprise et Carrières, 2^{ième} édit., Edit Liaison, p.72

- évoluera par la réflexivité et les initiatives de l'acteur social qui les mobilise,
- est la capacité d'inclusion des différentes interactions entre différents acteurs partageant les mêmes objectifs d'une action programmée.
- est une suite de résolutions de situations complexes faisant intervenir plusieurs acteurs, dont la responsabilité de son efficacité ne repose que sur une seule entité (personne, groupe, organisation).

Le regard porté par Zarifian pourrait être investigué par les professionnels médicaux et paramédicaux. L'approche thérapeutique proposée par un MK reposant sur ces compétences propres et transversales, sera l'empreinte du MK qui la mettra en action. Cette dernière correspond en une prise en charge complète et complexe du patient. Par exemple, à l'hôpital, lors des réunions de coordination (Staff) sur une approche thérapeutique d'un patient, c'est l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale qui valide les responsabilités de chaque intervenant. Le Mk n'est pas le seul « intervenant » auprès du patient, mais un des acteurs d'un groupe pluridisciplinaire mis à disposition de la personne.

4-3 Conclusion

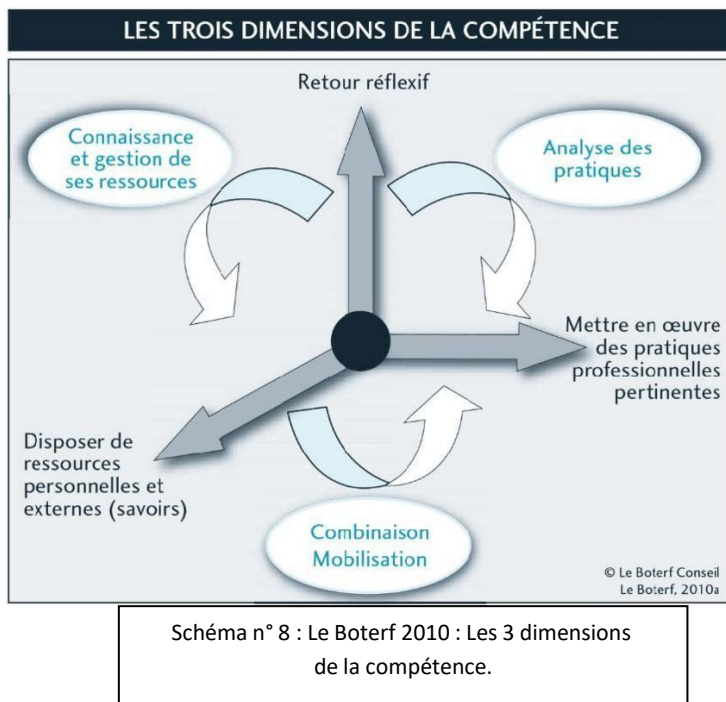
Le concept de compétences est « *l'idée générale et abstraite que se fait l'esprit humain d'un objet de pensée concret ou abstrait, et qui lui permet de rattacher à ce même objet les diverses perceptions qu'il en a, et d'en organiser les connaissances* » (Dictionnaire Larousse), de l'objet concerné. La compétence ne se restreint pas à la définition de Wittorski⁶⁷⁶ (1997) « *La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation.* » Une compétence ne serait pas que la capacité d'un acteur social à exécuter une activité personnelle ou professionnelle. Selon De Ketele cité par Demeuse⁶⁷⁷ (2006) « *Dans une vision forte, le concept de compétence peut se définir comme la capacité d'une personne à mobiliser un ensemble de ressources (cognitives, affectives, gestuelles, relationnelles) pour réaliser une catégorie de tâches ou résoudre une famille de situations problèmes. Définie en termes plus pédagogiques, la compétence est la capacité de mobiliser un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être pour résoudre une famille de situation – problèmes.*» Pour cela, l'individu actionnera plusieurs leviers interdépendants. Nous pouvons considérer qu'une compétence est mise en action lorsqu'un équilibre est retrouvé pour exécuter une tâche. La recherche de performance par l'effecteur ne peut être négligée. En fonction de la cible à atteindre et du niveau de qualification de l'exécutant, une modification de position sociale et sociétale est mise en avant.

D'après Le Boterf⁶⁷⁸ (2011) mobiliser une compétence serait le résultat d'interactions indissociables.

⁶⁷⁶ Wittorski R., 1997, « Evolution de la formation et transformation des compétences des formateurs, Education Permanente, 132, p.59-72, p.61

⁶⁷⁷ Demeuse M., et All, 2006, « Développer un curriculum d'enseignement ou de formation. Des options politiques au pilotage. », Col : Perspectives en éducation et formation, Edit : De Boeck Supérieur, p.75

⁶⁷⁸ Le Boterf G., 2011, « *Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ? Comment développer son professionnalisme ?* », Pédagogie collégiale, 24(2), 27-31.,



Ces dernières se retrouvent :

- Avant l'application de la compétence, afin d'en évaluer sa pertinence, sa faisabilité et son début d'application ;
- Pendant son déroulé par une réflexivité dans l'action ;
- À la fin, par une évaluation au regard des objectifs à atteindre.

Cela permet à l'acteur, ou au groupe social, d'ajuster en permanence les compétences requises pour l'exécution d'une action.

Le Boterf précise qu'être compétent n'est pas une accumulation de compétences. Il fait une distinction

entre « avoir des compétences » et « être compétent ». Avoir des compétences, c'est d'être en capacité de créer son propre dictionnaire de compétences pour pouvoir agir avec compétence. Être compétent reviendrait à un acteur social d'être en capacité d'intervenir en toute autonomie et réflexivité sur une question déterminée, en s'appuyant et en mobilisant ces compétences. Pour les mettre en action, le sujet mobilisera tout ou partie de ces connaissances acquises évaluées régulièrement. Nous pouvons proposer qu'avoir des compétences n'est pas être compétent. C'est dans la sollicitation de ou des compétences adaptées que le sujet deviendrait compétent. Être compétent serait « *un déroulé de décisions, d'actions, d'ajustements et d'interactions, interprétant les critères de réalisation souhaitable d'une activité et soutenu par un schème opératoire et une combinatoire de ressources* » Le Boterf⁶⁷⁹ (2010). Nous pouvons en conclure qu'une personne est compétente si elle est :

- en capacité de mobiliser, d'organiser, de proposer, de justifier, de gérer les différentes interactions que la compétence choisie engendrera,
- en capacité de faire preuve d'une grande réflexivité suite à l'analyse de l'action à mener dans le contexte pour laquelle elle est destinée,
- en capacité d'autoanalyse du processus proposé et de la performance attendue,
- en capacité de faire appel à des compétences transversales,
- en capacité d'accepter les critiques et les conflits engendrés par sa vision de la compétence sollicitée au détriment d'une autre.

Nous retrouvons dans l'ensemble des définitions citées des points communs. Celui qui fait consensus, c'est qu'une compétence ne peut se justifier que par la mise en avant d'une action. Celle-ci, repose sur un ensemble de connaissances, de réflexivité, de posture et d'autonomie de la

⁶⁷⁹ Le Boterf G., 2010, « *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences*. Les réponses à 100 questions », 5^{ème} Edition, Livres outils, Ressources humaines, Edit : Eyrolles p.37,

personne engageant sa responsabilité dans l'application d'une action à la recherche d'une performance.

Les compétences attendues lors de la formation initiale en massokinésithérapie se retrouveront dans les multiples interactions entre le formé et les formateurs, les tuteurs de stages, les tutorats entre étudiants, les directeurs de mémoire, et l'ensemble des professionnelles. Pour l'étudiant, c'est au contact d'une multiplicité de situations professionnelles qu'il augmentera son bagage de compétences. C'est en positionnant régulièrement l'étudiant à des situations de plus en plus complexes que celui-ci s'appropriera, non pas une compétence, mais une réflexivité cognitive d'adaptation au profil de la situation présentée, qui pourrait être la compétence ultime recherchée. Depuis la dernière réforme, l'acquisition de compétences, pour les étudiants en massokinésithérapie, ne repose plus que sur celles issues du milieu professionnel mais bien plus largement sur des compétences d'approches cognitives réflexives. Cette « nouveauté » reposant sur les apports universitaires a bousculé l'approche pédagogique, et les postures des formateurs. Un des buts de l'ensemble de ces approches serait de valider la compétence d'une autonomie d'approche thérapeutique singulière à chaque patient. Ce qui est recherché, c'est un consensus de compétences mobilisables par et pour les MK, afin de justifier son approche thérapeutique. Lors de cette formation initiale, c'est un catalogue presque complet de compétences qui est proposé aux étudiants. À la différence des formations professionnelles, qui ne proposent que l'appropriation de compétences spécifiques professionnelles ciblées, cette formation initiale présente des compétences « universitaires » et professionnelles. Ce duo interagit pour correspondre au cahier des charges de cette nouvelle réforme. Ces dernières ne se retrouvaient pas dans la formation initiale antérieure. Le MK formé, appartenant au groupe professionnel des MK, ces compétences viennent compléter celles de ce groupe. Pour Terraneo⁶⁸⁰ (2006), « *la compétence collective d'une équipe de travail est supérieure à la somme des compétences individuelles qui la composent* ». Chaque professionnel diplômé crée son propre référentiel de compétences. Ce dernier serait le reflet de l'identité professionnelle de chaque praticien, qui développe une identité propre par « son activité ». Ce référentiel se stabilise rapidement. Il s'enrichira lors des formations professionnelles tout au long de la carrière professionnelle. Rouby⁶⁸¹ (2004) appuie nos propos : « *la compétence individuelle se définit comme un ensemble relativement stable et structuré de pratiques maîtrisées, de conduites professionnelles et de connaissances, que des personnes ont acquises par la formation et l'expérience et qu'elles peuvent actualiser dans des conduites professionnelles validées par l'entreprise* ».

Nous concluons par la définition de la compétence selon Le Boterf⁶⁸² (2011) que l'on complètera avec celle de Parlier⁶⁸³ (1991). Le Boterf la définit comme « *la capacité reconnue à atteindre des résultats en mobilisant et en combinant, dans une situation professionnelle donnée, deux ensembles de ressources* :

- *Des ressources propres à l'individu (connaissances, savoir-faire, aptitudes et qualités personnelles),*

⁶⁸⁰ Terraneo F., 2006, « Le concept de compétences en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives », Dans Recherche en soins infirmiers, 2006/4, n°87, p.16-24, Edit : Association de recherche en soins infirmiers, p.19

⁶⁸¹ Rouby E., et All, 2004, « *La codification des compétences organisationnelles. L'épreuve de la vie* », dans Revue française de gestion, 2004/2, n°149, p.51-68, p.54

⁶⁸² Le Boterf G., 2011, « *ingénierie et évaluation des compétences* », 6^{ème} édition, Editions d'Organisations, Eyrolles, p.23

⁶⁸³ Parlier M., 1991, « La compétence. Nouveau modèle de gestion des ressources humaines », Personnel, n° 3, vol. 36, 1991, p.7

- Des ressources liées à l'environnement (réseaux relationnels, environnement professionnel, bases de données).

Parler complète les propos de Le Boterf en exprimant qu'une compétence « est indissociable d'une activité dans le sens où elle est opératoire, et finalisée. Cela signifie qu'elle n'existe pas en soi, mais qu'elle est le reflet d'une activité dans laquelle s'inscrit un individu afin de réaliser une tâche. Elle est invisible, seule la performance (ou résultat) est visible ».

Nous pouvons nous questionner sur cette invisibilité. Lors de la formation initiale en massokinésithérapie, la notion de performance n'y est pas développée. Elle se retrouve lors de la prise en charge d'un patient (en stage). Mais ce résultat de la performance pourrait être le ressenti du patient après une séance et non l'objectif à atteindre lors de cette même séance. L'idéal serait une concordance entre l'attendu de la mise en action d'une compétence par le MK et l'attendu de l'action de cette compétence par le patient. Cette compétence et sa performance primaires seraient à comptabiliser avec celles mises en action sur l'ensemble de la prise en charge. Cela aboutirait à une performance globale de fin de traitement. Cela se retrouve dans le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), les évaluations intermédiaires et l'évaluation terminale. Nous constatons que l'ensemble de ce processus de prise en charge n'est sollicité que sur des stages professionnels longs. La Caisse Nationale d'Assurances Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2015, précise qu'en moyenne douze séances sur six semaines sont nécessaires et suffisantes pour une prise en charge par un MK. Certaines prises en charge plus complexes peuvent être actées sur une année (Maladies chroniques, maladies héréditaires, maladies dégénératives, etc.) la durée des stages cliniques est d'une semaine par ECTS.

Cycle 1	18 ECTS
Stage 1	2 à 3 ECTS
Stage 2	3 à 4 ECTS
Stage 3	6 ECTS
Stage 4	6 ECTS

Tableau n° 12 répartition
Des ECTS par stage du cycle 1

Cycle 2	24 ECTS
Stage 5	6 ECTS
Stage 6	6 ECTS
Stage 7	12 ECTS

Tableau n° 13 répartition
Des ECTS par stage du cycle 2

Nous notons que seuls les stages 3 et 4 correspondent à la moyenne définie ci-dessus. Mais, ces stages de six semaines ne mobilisent pas de compétences professionnelles. Ce cycle a un profil universitaire, par l'apport de compétences génériques de méthodologies universitaires. Celles-ci serviront de prérequis pour le développement des compétences d'actions professionnelles du second cycle.

Les trois stages correspondent à la moyenne définie ci-dessus. C'est par le stage sept que les compétences attendues par la formation trouveront leurs validités et leurs pertinences. Ce cycle a un profil professionnel, par l'apport de compétences ciblées de méthodologies et de réflexivité professionnelles.

Nous reprenons les concepts développés pour appuyer nos propos sur la place centrale qu'occupe la notion de compétence. Cette notion devrait être développée lors de la formation initiale en massokinésithérapie. La professionnalisation, l'universitarisation, l'autonomie et la réflexivité ne sont que des satellites de cet axe central.

Pour Wittorski⁶⁸⁴ (2008), la professionnalisation est « un processus de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle ». Pour Bourdoncle⁶⁸⁵ (2007), l'universitarisation « valide des savoirs et des compétences ». Perrenoud⁶⁸⁶ (1999) « la compétence ne suppose pas d'immédiateté,

⁶⁸⁴ Wittorski R., 2008, « La professionnalisation », Dans savoirs 2008/2, n°17, p.9-36, Edit : l'Harmatan, p.19

⁶⁸⁵ Bourdoncle R., 2007, « Autour du mot universitarisation », Recherche et formation, n°54, p.135-149, p.144

⁶⁸⁶ Perrenoud P., 1999, « Enseigner, agir dans l'urgence décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe », Col : Pédagogie/Recherche, Edit : ESF, p.167

elle admet la réflexivité et le détournement analytique. La réflexivité est donc au cœur de l'agir avec compétence ». Enfin pour Alberola⁶⁸⁷ (2012), « Les conditions de l'autonomie se réfèrent à la fois à l'individu et à ses compétences, au fonctionnement de la vie sociale. » Cette notion de compétence se retrouve bien au cœur de l'identité professionnelle des formés. Beckers⁶⁸⁸ (2007) citant Jobert (1998), « défend l'idée que le développement des compétences et de l'identité professionnelle suppose l'action professionnelle et sa reconnaissance. » Elle⁶⁸⁹ précise que « l'enseignement et la formation initiale obéissent à une autre logique : ils transmettent et certifient des savoirs, éventuellement des savoir-faire jugés, au mieux, prédictifs des compétences qui devraient pouvoir être mobilisées dans l'exercice du métier ». Nous touchons là, toute l'ambiguïté de la formation initiale qui, selon cet auteur, ne validera pas des compétences professionnelles.

La formation initiale en massokinésithérapie répartie en deux cycles n'apporterait que des compétences institutionnelles. Son premier cycle ciblé sur l'approche universitaire ne développerait que des compétences de méthodologie universitaire, et, par les quatre stages, les prémices de celles du métier. Le second cycle a un profil professionnalisant, mais les compétences développées ne se retrouvent que sur le dernier stage. C'est sur ce dernier temps que l'ensemble des apports théoriques universitaires (Pour sa réflexivité) et professionnels (Pour son autonomie) sont prodigués. L'étudiant se référera à des compétences ciblées, celles correspondant au profil de son lieu de stage. La finalité de cette formation initiale serait-elle d'avoir un dictionnaire complet de compétences et d'en puiser certaines pour officier face à un patient, ou d'avoir des compétences génériques et transversales adaptables quel que soit le contexte ? Ces différentes interactions entre théorie et pratique constituent une des démarches de la construction identitaire. Pour Fray⁶⁹⁰ (2010), « c'est l'utilisation de ses savoirs, de son style personnel, de ses logiques d'action, de ses stratégies et de ses compétences dans son activité qui constitue son identité professionnelle ». Nous pouvons considérer, par la validation du D.E, que ces nouveaux formés posséderont leurs premières compétences professionnelles (par les différentes interactions lors des stages, seuls instants où le formé est en présence et contact d'un patient). Les compétences universitaires seront, elles, exploitées lors de l'analyse du contexte d'approche thérapeutique. Le nouveau formé sera « outillé » pour proposer une prise en charge conforme à la demande du patient, à l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques, et des divers travaux de recherche. Le jeune MK s'appuiera sur son autonomie réflexive pour mettre à disposition un ensemble d'approches thérapeutiques à court, moyen et long termes. Cette démarche se retrouvera dans l'écriture du BDK.

⁶⁸⁷ Alberola E., et All, 2012, « La notion d'autonomie dans le travail social », Vie Sociale 2012/1, n°1, p.145-156, Edit : Eres, p.146

⁶⁸⁸ Beckers J., 2007, « Introduction : le rôle de la formation initiale modeste et enjeux », dans « Compétences et identités professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine », Col : Pédagogie en développement, Edit : De Boeck Supérieur, p.7-10 ; p.7

⁶⁸⁹ Ibid.689, p.7

⁶⁹⁰ Ibid. 190, p.78

5- L'identité professionnelle

Introduction

« *L'identité professionnelle commence avec sa propre identité.* » Fray⁶⁹¹ (2010). Au regard de cette première citation, nous proposerons une approche du concept de l'identité, puis celle de l'identité professionnelle. Nous ferons des liens entre ces deux concepts et les concepts définis pour cette nouvelle formation initiale. Celle-ci est considérée comme une formation universitaire avec ses propres repères et son identité singulière. Elle se confronte à une formation professionnelle de soixante dix sept ans d'existence, et de six réformes. D'origine professionnelle, cette formation initiale était porteuse d'une identité propre. Elle a évolué autant pour elle-même, que pour les MK, le groupe professionnel, mais aussi pour le et les groupes proposant des approches du « rester en bonne santé » (De l'auxiliaire médical au monde médical).

De très nombreux auteurs proposent des définitions de ces deux concepts. Les SHS, la psychologie, la psychanalyse et le monde du travail les ont explorés. L'abondance de ces écrits en complexifie un consensus de définitions. Nous en ferons ressortir des points principaux par rapport à notre sujet de recherche.

5-1 L'identité

Introduction

Chaque personne est porteuse de sa propre identité. Elle est institutionnalisée soit par la carte nationale d'identité ou le passeport. Ces documents définissent à un temps T, différents critères. Ils doivent être réactualisés tout au long de sa vie. Mais l'identité n'est pas qu'une empreinte écrite.

Cette identité personnelle est définie par la singularité de chacun. Elle se construit dès la naissance, et évolue aux contacts des interactions tout au long de la vie. Elle porte l'histoire de sa famille, l'interprétation que le sujet s'en fait, des divers parcours des formations personnelles (scolarité, activités socioculturelles, sportives, associatives, etc.) et professionnelles (Formations continues), du choix désiré ou imposé de son parcours professionnel, et de tous les aléas positifs et/ou négatifs de la vie. Mucchieli⁶⁹² (1986) précise que l'identité est « *«un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs* ». L'identité personnelle implique au moins deux acteurs. Lui-même et un autre activent différentes interactions, qui la compléteront. On y retrouve une évolution permanente en relation avec les acteurs sollicités dans les contextes biographiques, biologiques, psychologiques, temporel, matériel, économique, relationnel, occasionnel, culturel, politique, professionnels, etc. Quelles définitions pouvons-nous en proposer ?

C'est aux USA, dans les années cinquante, que l'on retrouve les premiers écrits. Ce pays multiracial, a été confronté à de nombreuses manifestations et revendications ciblées. De Martin Luther King à Claudette Colvin, les identités d'origines cachées, ont demandé une reconnaissance sociale et

⁶⁹¹ Ibid.189, p.73

⁶⁹² Mucchieli A., 1986, « *L'identité* », Col : Que sais-je ?, Edit : PUF, p.10

sociétale. Pour Lecaplain⁶⁹³ (2012), « *c'est à Sigmund Freud, le père de la psychanalyse, que l'on pourrait légitimement attribuer la fondation scientifique du concept. Il le dévoile indirectement par le biais d'un mécanisme psychologique qu'il appelle l'identification. Bien plus qu'une simple imitation, ce mécanisme contribue à la structuration du moi de l'individu par une intériorisation de modèles et d'images. Sigmund Freud inaugure implicitement une conception de l'identité qui, résultant d'identifications successives, s'oppose à l'idée commune d'une donnée préalable* ». En sociologie, les premiers travaux d'Erikson E.H, (1950 *Childhood and society*) en donnent une première approche. Il précise que chaque individu d'une même origine ethnique n'aurait pas la même identité, mais que le groupe d'appartenance en proposerait une commune à minima (Pays d'origine, etc.). Il met en avant une identité par le moi (qui suis-je), et le nous (qui sommes nous) notions qui seront explorées par Dubar. Nous nous appuyons sur ces propos pour notre argumentaire.

Chauchat⁶⁹⁴ (1999), « *dans les recherches sur l'identité, deux perspectives peuvent être mises en évidence : celles qui, centrées sur la dimension psychologique du phénomène identitaire, tentent de rendre compte des processus individuels mis en jeu ; et celles qui, centrées sur ses caractéristiques collectives, s'intéressent aux effets des placements des individus dans la matrice sociale et culturelle* ». Nous nous proposons d'explorer ces deux axes, en privilégiant le second.

5-1-1 Définitions

Dans « *Hegel et société moderne* », Hegel (1979) définit l'identité comme, la reconnaissance réciproque du moi et de l'autre, elle naît d'un processus conflictuel où se construisent des interactions individuelles, des pratiques sociales objectives et subjectives.

Pour le Robert : Caractère de deux choses identiques ; caractère de ce qui demeure identique à soi-même ; ce qui permet de reconnaître une personne parmi les autres. Pour le Dictionnaire de l'Académie Française, c'est : l'exacte ressemblance entre des êtres, des choses qui ont une existence distincte.

Une identité serait une comparaison d'une entité à une autre similaire ou différente. Elle est le résultat et un constat à un temps T d'une posture singulière, adaptable au contexte. Les différentes interactions contribueraient à son évolution et à des modifications.

En donner une définition semble complexe. Ce mot polysémique a enrichi les différentes publications en SHS et psychologie.

L'identité est une construction de l'humain produite de diverses socialisations tout au long de la vie. Elle permet à l'acteur social de se différencier d'un autre. Selon Dubar⁶⁹⁵ (2002), ce sont diverses interactions sociales qui construisent une identité singulière à chacun. « *La socialisation devient un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités liées aux diverses sphères d'activité (notamment professionnelles) que chacun rencontre au cours de sa vie et dont il doit apprendre à devenir acteur* ». Cette posture d'acteur peut-être, pour certains, un objectif non réalisable. De très nombreux « accidents de la vie » peuvent positionner le sujet comme agent de sa

⁶⁹³ Lecaplain P., 2012, « *Du travail sur l'identité aux identités du travail : stratégies et types de négociation identitaire chez les éducateurs spécialisés d'Ille et Vilaine* », Thèse, Sociologie, université de Grenoble, 2012

⁶⁹⁴ Chauchat S., et All., 1999, « *Identité européenne. Crise sociale et crise identitaire chez les étudiants français en 1994* », dans Chauchat et All (1999), « *L'identité du sujet au lien social* », Paris, Edit : PUF, p.212

⁶⁹⁵ Dubar C., 2002, « *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* ». Paris : Armand Colin, 3ème édition, p.10

vie. Par exemple, en soins palliatifs, la fin de vie peut-être vécue comme une étape non maîtrisable. À l'inverse, certaines personnes préfèrent être « acteurs » sur ce dernier moment.

5-1-2 Le concept de l'identité

Pour Dubar⁶⁹⁶ (2008), « *la notion d'identité est paradoxale. Comment quelque chose peut-il rester identique à lui-même alors que tout naît, se développe et disparaît (même l'univers !)* ». Cette approche très philosophique met en évidence une instabilité de l'identité. Celle-ci ne peut se définir temporellement. Et si une portion de celle-ci disparaît, il en restera une empreinte mémorisée. Puis le cycle de la vie fait que nous sommes tous destiné à « disparaître », mais pour ceux qui nous auraient côtoyés, leurs souvenirs en feront ressortir l'identité propre de chacun.

Beckers,⁶⁹⁷ citant Barbier sur l'identité (1996a, p.40), précise qu'elle est comme « *un ensemble de composantes représentationnelles (contenus de conscience en mémoire de travail ou en mémoire profonde), opératoires (compétences, capacités, habiletés, savoirs et maîtrises pratiques, etc.) et affectives (dispositions génératrices de pratiques, goûts, envies, intérêts, etc.) produits par une histoire particulière et dont un agent est le support et le détenteur à un moment donné de cette histoire.* » L'identité personnelle ne peut être vue que par le sujet lui-même comme une posture où il se perçoit lui-même, reste lui-même dans le temps. Son identité évolue, s'adapte en fonction du contexte, lors de l'implication personnelle dans un contexte donné. C'est dans la reconnaissance de sa personnalité que l'identité est activée. Chaque individu cherche à être accepté et reconnu lors des différentes interactions sociales prévues ou non.

5-1-2-1 Une approche plus philosophique et psychanalytique

Nous proposons une approche polymorphe à trois dimensions de l'identité : la continuité, l'intégration, et l'harmonisation. C'est à partir de ce cheminement que cette identité singulière et instable se construit.

- La continuité : le sujet peut se projeter dans son avenir immédiat ou à distance. Il se préparera consciemment à un changement identitaire programmé ;
- L'intégration : Le sujet devra préparer cognitivement ces changements auxquels il se confrontera volontairement ou involontairement. Il doit aussi se préparer aux différentes interactions non désirées, et de conçoit d'en être déstabilisé ;
- L'harmonisation : Le sujet doit se préparer consciemment à harmoniser l'ensemble de ses postures. Il sera en capacité d'appréhender de nouvelles situations, et tout particulièrement celles qui le déstabiliseront.

Nous pouvons proposer une première approche de l'identité. Celle-ci est construite pour se connaître soi-même. Elle fait appel à notre inconscient, nos actes conscients, nos diverses interactions sociales, nos choix de vie. L'individu aura tous les « outils » pour se positionner socialement et socialement. Cette identité personnelle fait que chaque individu est à la fois distinct des autres tout en restant toujours le même. D'une personne à une autre, leurs regards peuvent-être

⁶⁹⁶ Dubar C, 2008, « Entretien avec Claude Dubar autour du concept d'identité », en ligne [Entretien avec Claude Dubar autour du concept d'identité — Sciences économiques et sociales \(ens-lyon.fr\)](#)

⁶⁹⁷ Beckers J., 2007, « Chapitre 4. La construction de l'identité professionnelle. Fondements et conséquences méthodologiques », dans *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Col : Pédagogies en développement, Edit : De Boeck Supérieur », p.141-199, p.142

différents en fonction des circonstances, mais l'identité propre de l'observée est identique. Cette approche objective perçue ne prend pas en compte l'aspect subjectif de l'identité. Ce dernier repose sur le vécu, l'avenir du sujet, la projection souhaitée et la réalité de faisabilité. On peut toujours anticiper une réponse adaptée à une situation, mais à l'apparition des faits, l'individu peut-être perturbé voire déstabilisé. Son identité personnelle devra faire preuve d'une grande réflexivité d'adaptation. Pour Brahy,⁶⁹⁸ (2007) « *par conséquent, mon identité n'est jamais une donnée, mais une dynamique* ». Et⁶⁹⁹, elle ajoute que « *l'identité se joue alors dans le registre des facultés d'adaptation* ». L'identité est une notion en perpétuel mouvement ciblée sur l'adaptation personnelle à une reconnaissance de son moi. « *Freud observe que par son identification aux différents groupes sociaux auxquels il appartient, l'individu se construit une identité originale, qui va au-delà de tous ces modèles, tout en construisant, par les rapports affectifs avec celui auquel il s'identifie, des liens sociaux* », Nour⁷⁰⁰ (2009). Nous concluons cette approche psychanalytique par les travaux de Ricœur⁷⁰¹ qui considère cette notion de l'identité comme un concept abstrait. Il en définit trois notions de l'identité : identité-idem, identité-ipse et identité narrative.

- « *Identité-idem : se définit comme le caractère propre à chacun. Comment je suis le même, Comment je sais que je suis moi-même, le moi n'est pas stable mais en évolution ;*
- *Identité-ipse : être soi même, ce n'est pas toujours d'être le même, c'est être toujours en capacité de répondre de soi devant les autres, avant d'être une reconnaissance c'est comme une renaissance, l'individu est en capacité de se positionner différemment à un autre ;*
- *identité narrative : c'est être en capacité de se raconter, de raconter son histoire de vie, sans se répéter, de se subsumer (Au sens de penser qu'un individu est un élément d'un ensemble) ; d'identifier sa vie sous l'unité d'une personne, en y intégrant trois étapes : le récit, l'imagination et l'éthique ».*

L'identité serait un ensemble de qualités, d'indices, de propriétés et de particularités singulières d'une entité. L'humain expose son identité par sa personnalité face à un public.

Brahy⁷⁰² (2007) précise que l'identité « *exprime une puissance d'affirmation, sollicitant vis-à-vis des autres la reconnaissance d'une unité et d'une originalité* ». Ce sont par les diverses interactions sociales que l'identité personnelle peut s'exprimer. Afficher son identité c'est être en capacité de se mettre en avant et d'accepter tout jugement objectif comme subjectif. Juskenaite⁷⁰³ (2016) précise que, « *cependant, en psychologie, le terme d'identité personnelle est habituellement utilisé pour désigner l'ensemble des caractéristiques propres à une personne donnée et qui la distinguent des autres sur le plan individuel.* » En relation avec une approche singulière, Juskenaite propose trois définitions de l'identité : l'identité numérique, l'identité qualitative et l'identité sociale.

- « *L'identité numérique d'une personne : « renvoie à l'espace occupé par son corps physique, dont il est possible de suivre les déplacements et ainsi avoir la certitude que la personne se*

⁶⁹⁸ Brahy A., 2007, « *L'identité personnelle. Qui suis-je ?* », Dans Revue internationale de psychosociologie, 2007/30, Vol.13, p.231-241, Edit : ESKA, p.235

⁶⁹⁹ Ibid. 698 ; p.235

⁷⁰⁰ Nour S., 2009, « *L'intégration par connaissance de l'identité : l'héritage freudien* », dans « *reconnaissance, identité et intégration sociale* », Nouvelle édition, Nanterre presses universitaires de Paris Nanterre, 2009, p.193-213, p.194

⁷⁰¹ Ricœur P., 1990, « *Soi-même comme un autre* », Paris, Le seuil

⁷⁰² Ibid. 698, p.233

⁷⁰³ Juskenaite A., et All., 2016, « *L'identité : une représentation de soi qui accommode la réalité* », Dans : Revue neuropsychologie, 2016/4, Vol.8, p-261-268, Edit : John Libbey Eurotext, p.262

trouvant ici aujourd'hui est identique à celle qui se trouvait ailleurs il y a dix ans, et ce malgré le changement de ses caractéristiques qualitatives. Ces dernières constituent l'identité personnelle d'un individu.» ;

- *L'identité qualitative d'une personne: « renvoie essentiellement à leurs caractéristiques physiques et psychiques » ;*
- *L'identité sociale d'une personne : est la somme de l'identité numérique et qualitative ».*

Cette approche met en avant une instabilité permanente de l'identité. L'individu lui-même peut se voir « comme » (vision personnelle), et être reconnu « comme ». Cette double injonction peut créer des incompréhensions pouvant aller jusqu'au conflit. Conflits personnels pouvant aboutir à une crise identitaire et/ou divers conflits pouvant aboutir à une remise en question de sa propre personnalité. La crise du Covid a mis en avant ces deux phénomènes (augmentation des « crises » intra familiales, des dépressions, des Burn out, etc.) Nour⁷⁰⁴(2009) citant Freud, « observe que par son identification aux différents groupes sociaux auxquels il appartient, l'individu se construit une identité originale, qui va au-delà de tous ces modèles, tout en construisant, par les rapports affectifs avec celui auquel il s'identifie, des liens sociaux ». Nous rappelons que Freud considérait l'identité comme une « simple » notion psychologique. Son approche correspond à une époque. Depuis, de très nombreux auteurs ont étoffé cette vision (Lacan, Kohut, Josselin, Kahn, etc.).

Cette première approche psychanalytique nous questionne sur la genèse de sa propre identité professionnelle qui viendra perturber l'identité personnelle. Une formation subie aura-t-elle un impact sur l'identité personnelle et professionnelle du formé ? Plus de 90 % des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie ont choisi ce métier, Pourcelot⁷⁰⁵ (2019). Après la crise identitaire décrite par Guyet (2016, « une adolescence professionnelle ? »), l'étudiant constatera que son autonomie n'est que partielle. Monceau⁷⁰⁶ (2019) précise que « les processus de transition professionnelle indissociablement des recompositions identitaires ». L'étudiant passera en deux ans d'une identité de lycéen, puis celle d'étudiant (première année universitaire) et enfin à celle d'un futur professionnel du monde médical. Avant d'être MK, ce professionnel est une personne singulière à part entière. Le déroulé de sa vie sera une suite d'interactions qui modifieront son identité et sa personnalité. Vonthron⁷⁰⁷ (2011) précise que « l'identité se construit sur une base paradoxale, qu'il fait avoir à l'esprit pour en comprendre le concept. Le terme même « identité » désigne indistinctement l'unique, l'originalité du sujet, comme à l'inverse l'identique ou le semblable, exemplaire d'une catégorie prédéfinie ». Cela nous questionne : comment une posture peut-elle être unique tout en étant identique ? Nous proposons que cette unicité soit la propriété d'un seul individu. Elle se retrouve commune lors de l'inscription du sujet social à un groupe d'appartenance. La représentation identitaire d'un groupe serait la somme des identités singulières de chaque membre.

La formation initiale en massokinésithérapie propose à des identités personnelles d'évoluer vers une identité du groupe professionnel. Pour pouvoir y accéder, cette formation propose aux étudiants un cheminement d'appropriation de concepts et de compétences qui devraient valider une posture identitaire singulière de chaque formé. Puis, par l'entrée dans la « vie professionnelle » cette identité

⁷⁰⁴ Ibid. 700

⁷⁰⁵ Ibid.4, p.75

⁷⁰⁶ Ibid.4, p.13

⁷⁰⁷ Vonthron A.M., et All, 2011, « Développement des identités, des compétences et des pratiques professionnelles », Psychologie du travail, Association Internationale de Psychologie du travail de Langue française, L'Harmattan, p.14

« scolaire » va perturber celle attendue pour l'exercice de ce métier. Le nouveau diplômé réadaptera son identité sur deux niveaux. Le premier sur son identité personnelle et sa vision d'orientation de sa pratique professionnelle et le second sur la vision d'ensemble du groupe professionnel. Cette dernière pourra s'étoffer si un engagement pour ce métier est retrouvé à différents niveaux (formateurs, syndicats, Ordre, experts, etc.).

Nous concluons notre démonstration par les travaux de Tap. Il précise⁷⁰⁸ (2005) que la notion de l'identité est un paradoxe, « *d'un côté l'individu postmoderne attache de plus en plus d'importance à son identité personnelle, aux aspects subjectifs et privés de sa vie, au désir de se connaître lui-même et de développer la connaissance de ses désirs. Mais dans le même temps, du fait des difficultés d'expressions et de communications authentiques et valorisées avec les proches, la personne a besoin de collectiviser l'intime, de se mettre en scène, d'exprimer ses sentiments profonds au plus grand nombre* ». Ce paradoxe invite l'individu à se projeter dans son avenir, autant pour sa propre personne que pour l'image qu'il en laisse voir. Tap⁷⁰⁹ (2005) propose quatre paradoxes identitaires :

- Le premier : « *est lié au fait que dès l'enfance, la personne se construit dans une incessante confrontation entre l'identique et l'altérité, la similitude et la différence* ». L'identité est en perpétuelle construction entre un référentiel familial, et le désir d'être soi-même, tout en étant reconnu comme l'enfant « de », et être soi-même porteur de ces attentes personnelles ;
- Le deuxième : « *est lié au fait que pour construire sa propre identité l'enfant va devoir apprendre à se décentrer, pour établir des relations de réciprocité avec les autres* ». La personnalité propre à chacun se construit sur les bases d'un éloignement progressif de l'empreinte familiale. Au fur et à mesure de cette progression, une identité singulière se développera dans l'acceptation de l'autre et d'un respect réciproque de chacun ;
- Le troisième : « *est lié au fait que nous voulons à la fois rester ce que nous sommes (être soi-même, encore !) mais aussi changer en fonction de nos désirs, de nos projets* ». Cette période de transition identitaire se retrouve sur les différentes étapes de la vie. Celle qui est la plus explorée est « la crise d'adolescence ». Souvent assimilée à une demande d'autonomie de la part d'un jeune, elle le positionne sur une dualité cognitive, au départ insurmontable : comment être moi-même tout en étant un membre de ma famille. Dolto⁷¹⁰ (2012) précise que « *les adultes ont peur des adolescents* ». Cette démarche se retrouve sur l'ensemble des étapes de la vie,
- La quatrième : « *est liée au précédent et qu'il prolonge, concerne la dynamique particulière des rapports entre l'identité personnelle et l'identification à des personnes, à des valeurs, à des croyances* ». L'émancipation de son référentiel familial instaure une dichotomie entre stabilité familial et changement de posture. L'identification à une tierce personne (ou à un groupe) hors cercle familial bousculera les repères ancestraux. Peut-il y avoir une négation totale de son passé ? Si la mémoire est sélective, elle garde une trace de l'ensemble de notes vécu. Tap (1995) précise que « *le "je" ne peut être que par la médiation du souhait de devenir "autre", en vue de combler un manque.* »

⁷⁰⁸ Tap P., 2005, « *Identité et exclusion* », Dans : Connexions 2005/1, n°83, p.53-78, Edit : Eres, p.55

⁷⁰⁹ Ibid. 709, p.56-57

⁷¹⁰ Dolto F., 2012, "La cause des adolescents", Col : Réponses, 27/09/2012, Edit: Robert Laffont, p.34

L'identité personnelle positionne l'individu sur sa reconnaissance singulière par rapport à autrui. Chaque individu est différent d'autrui. Ce processus psychologique de représentation du « soi », permet à l'individu d'exister comme une entité singulière et d'être reconnu comme tel. L'identité intègre des événements de la socialisation familiale (socialisation première) et l'ensemble de ses socialisations de son histoire de vie personnelle.

L'identité personnelle serait le ressenti subjectif qu'un individu a de soi, comme personne unique par rapport à autrui.

La formation initiale en massokinésithérapie, centrée sur l'apprenant, comme acteur de son avenir, s'appuie-t-elle sur l'ensemble de ces éléments ? On ne peut dissocier ces approches de cette formation. Chaque formé est un individu singulier arrivant avec son identité personnelle et sa vision de son avenir. Former repose sur l'acceptation de l'apprenant d'être aux limites de ses représentations identitaires. Certaines convictions (identitaires) entrent en conflit avec l'approche d'un patient. La relation avec l'identité d'une tierce personne peut faire naître des incompréhensions lors d'approches thérapeutiques. Comment un formateur peut-il se positionner à la découverte d'un conflit identitaire « formé/patient » ? Ce phénomène prend de l'ampleur dans le monde de la santé.

5-1-2-2 Une approche par les SHS

Après avoir exploré succinctement l'identité par le prisme de la psychanalyse, c'est par une approche en sciences humaines et sociales que nous aborderons ce concept.

L'identité personnelle est un continuum de la naissance jusqu'à la fin de vie. Cette évolution singulière est la somme de différentes expériences, relations, pratiques, interactions personnelles formelles et informelles ou pluriformes. Elle sera parsemée de ruptures, de crises, d'incompréhensions, de modifications qui nécessiteront une réflexivité permanente plus ou moins rapide. La réflexivité sera la base des différentes régulations et régularisations de l'identité. Nous nous appuyerons sur les différents travaux dont ceux de Dubar, de Mucchielli, d'Erikson, de Kaddouri.

Dubar cité par Hedoux⁷¹¹ (2018), propose quatre approches du concept de l'identité :

- Une approche philosophique essentialiste, où l'identité est invariable, comme fixée perpétuellement,
- Une approche psychologique, où l'identité est un phénomène en instabilité permanente. Elle serait dépendante de diverses interactions, proposant une évolution permanente,
- Une approche interactionniste où l'identité est vue par le regard des autres et le positionnement revendiqué par l'acteur social lui-même,
- Une approche nominaliste, où l'identité se construit par les différents choix de parcours de vie et de l'ensemble des résultats obtenus.

⁷¹¹ Hedoux J., 2018, « Dubar (Claude). La crise des identités. L'interprétation d'une mutation », Revue Française de pédagogie, Vol. 139, 2002, Dispositifs, pratiques, interactions pédagogiques : approches sociologiques. p.158-162, Fichier PDF généré le 24/12/2018, p.158

Le point commun à ces quatre approches est que l'identité personnelle ne s'exprime qu'en la confrontant à une action et au moins à un autre acteur social. Seule elle n'est que l'expression d'un « ego » personnel. Elle serait la perception qu'une personne a d'elle-même tout au long de son existence. Elle interroge la continuité et la singularité du « moi » dans le temps et l'espace. Celle-ci générera un état de comparaison soit, de soi-même (après lecture d'un plan, un individu est en capacité de monter un meuble tout seul), soit par rapport à un groupe (le montage de ce meuble est réalisé en présence de tiers, lesquels valident une compétence). Mucchielli⁷¹² (2021) définit l'identité comme « *un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs* ». L'implication volontaire dans diverses interactions sociales met en avant une identité singulière de l'acteur social. Lors de rencontres non formelles ou informelles, l'identité personnelle trouvera aussi sa place. L'empreinte laissée par ces interactions pourrait être mobilisée ultérieurement. Nous rappelons que les étudiants de la formation initiale en massokinésithérapie sont tous porteurs de cette empreinte.

La construction identitaire repose sur la somme des mémorisations posturales d'un individu. Baudry⁷¹³ (2007) précise que, « *dans l'interaction, plusieurs composantes de l'identité s'élaborent et entrent alors en jeu. L'identité sociale, d'abord, résulte de la conformité ou de la non-conformité entre l'impression première produite par autrui et les signes qu'il manifeste. L'identité personnelle, ensuite, s'articule autour du contrôle de l'information dans une situation relationnelle donnée* ». L'approche identitaire personnelle d'un sujet sera confrontée au regard de différents acteurs sociaux pour pouvoir exister. Dubar⁷¹⁴ (2007) affirme que « *l'identité individuelle devient ainsi un processus purement social, mais au prix d'une différenciation des instances (Je, Moi, Soi, Soi-même) interagissant avec Autrui* ». Cette dernière pourra être une sous entité d'un groupe social (Chorale, métier, etc.). Camilleri⁷¹⁵ (1997), positionne l'identité comme « *l'ensemble organisé des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi* ». L'identité est une représentation de son avenir « phantasmé » reposant sur l'ensemble du vécu. L'individu se projetant dans un futur recherchera une confirmation de son positionnement à un temps T. (Déménagement, modification de sa vie familiale, changement d'activité professionnelle, etc.) Vinsonneau⁷¹⁶ (1997) propose une approche similaire, l'identité serait « *l'ensemble des mécanismes par lesquels les individus (ou les groupes) projettent un sens sur leur être, en reliant leur passé, leur présent et leur avenir, les images de leurs actions réelles, celles des actions qui leur sont recommandées et celles par lesquelles ils souhaiteraient se caractériser* ». Une identité personnelle aura besoin d'être mise en avant lors d'interactions sociales afin que l'individu puisse se projeter dans un avenir. Sans cette projection, celle-ci n'aurait aucun sens. Donner du sens à sa vie ne serait-ce-il pas l'objectif principal de notre existence, laquelle est construite sur notre identité ?

⁷¹² Mucchielli A., 2021, « *L'identité* », Col. Que sais-je, Edit : PUF, p.12

⁷¹³ Baudry R., 2007, « *Définir l'identité* », Dans : Hypothèses 2007/1 (10), p.155-167, Edit : Edition de la Sorbonne, p.161

⁷¹⁴ Dubar C., 2007, « *Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité* », Dans : Revue Française des Affaires Sociales, 2007/2, p.9-25, Edit : La Documentation Française, p.16

⁷¹⁵ Camilleri C., et All., 1997, « *Stratégies de socialisation et d'identité* », Dans J. W. Berry, P. R. Dasen, & T. S. Saraswathi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Basic processes and human development* (pp. 41-67). Allyn & Bacon., Traduction par Google traduction, p.44

⁷¹⁶ Vinsonneau G., 1997, « *Culture et comportement* », Col : Cursus, Edit : Armand Colin, p.129

Sainsaulieu⁷¹⁷ (1994) présente l'identité sous deux types :

- L'identité subjective (identité du soi pour soi même),
- L'identité objective (identité du soi pour autrui).

Ces derniers propos confortent le positionnement de l'identité comme un objet non linéaire, et en perpétuel mouvement. La subjectivité, qui est l'opposée de l'objectivité, est l'état d'une personne qui considère uniquement les choses d'après ses impressions et ses opinions personnelles. Elle fonde ses propos sur son propre ressenti, sans le confronter aux autres opinions. Elle évolue avec l'apport de nouvelles impressions, sans confrontation avec d'autres discours. L'objectivité qui se fonde sur la réalité permet à l'individu de proposer un jugement décrivant des faits avec exactitudes que tout à chacun peut en vérifier la source, la démonstration et le résultat. Ce binôme antinomique subjectivité-objectivité positionnera l'individu comme une entité à la recherche perpétuelle d'un équilibre.

Nous pouvons nous questionner sur la notion de temporalité. À quel moment une identité serait-elle stable ? Si elle se stabilise, c'est que l'individu ne peut plus faire face aux différents changements à un instant T de sa vie. Un phénomène de régression pourra être retrouvé, cette dernière peut-être, elle aussi reconnue comme une identité singulière d'une personne. « *L'identité s'en trouve alors affectée* », Fourques⁷¹⁸ (2013) précise que l'arrivée d'un phénomène de régression ou de démence la modifie.

À ce jour, l'approche du concept de l'identité est explorée par de très nombreux modes de pensées qui en complexifient sa définition. Nous portons un regard sur la définition de l'identité par Keucheyan⁷¹⁹ (2002). Il en distingue trois approches : l'identité archétypale, l'identité plurielle et l'identité construite.

- L'identité archétypale repose sur l'existence de groupes sociaux avec une identité propre, transmissible à chaque individu du groupe concerné. L'identité personnelle est assimilable à celle du groupe ;
- L'identité plurielle complète et enrichit l'identité archétypale par la reconnaissance qu'un membre d'un groupe peut appartenir à plusieurs groupes et qu'il présenterait plusieurs identités;
- L'identité construite ne serait qu'une construction sociale, sans prendre en compte les deux points précédents.

Ses travaux mettent en avant une modification structurelle de l'identité personnelle. Elle reposait sur un socle stable provenant de son appartenance familiale. Ces repères, depuis la mondialisation, en sont fortement modifiés. Nous passons les trois quarts de notre vie hors cercle familial. Dans les pays « riches » l'individu la recentre autour d'une activité professionnelle, et d'activités de groupe (religieux, sportifs, politiques, etc.). L'influence croissante de ce monde positionne l'identité professionnelle sur un même niveau proche à celui de l'identité personnelle. Cette approche met en avant l'identité singulière de l'individu comme un phénomène à plusieurs visages. L'ensemble de ces

⁷¹⁷ Sainsaulieu R., et All, 1994, « Méthode pour une sociologie de l'entreprise », Edit : les presses de sciences Po (1/12/1994), p.37

⁷¹⁸ Fourques C., 2013, « *Quand l'identité s'enfuit, l'effraction surgit : le Moi auxiliaire au service du Moi effracté chez une femme de 91 ans* », Dans Clinique 2013/1, n°5, p.72-87, Edit : Eres, p.75

⁷¹⁹ Keucheyan R., 2002, « Identité personnelle et logique du social », Revue européenne des sciences sociales, XL-124 (2002), Histoire politique, philosophique et sociologiques de sciences, Edit : Librairie Droz, p.263-265

« multi-identités » ne serait-il pas l'identité propre à chacun. L'acteur social ajusterait son positionnement en fonction du contexte.

Nous pouvons proposer comme approche de l'identité personnelle :

« L'identité serait la somme de micro-identités personnelles, construites et mobilisables par un individu lors de diverses interactions sociales, et d'accepter son exposition au jugement de différents acteurs ».

Ces premiers propos sur l'identité mettent en avant un consensus sur trois points résumés par Kaufmann⁷²⁰ (2005). « *L'identité est une construction subjective ; elle ne peut cependant ignorer les « porte-identité », la réalité concrète de l'individu ou du groupe, matière première, incontournable de l'identification ; ce travail de malaxage par le sujet se mène sous le regard d'autrui, qui infirme ou certifie les identités proposées* ».

Haissat⁷²¹ (2006) complète l'approche identitaire de Kaufmann par, « *l'identité personnelle n'est pas une construction solitaire, elle est également un processus relationnel qui s'effectue selon des rapports d'interactions avec autrui. C'est une production qui s'établit par/ avec/ contre les autres et doit être envisagée comme des confrontations entre l'individuel et le collectif* ». L'articulation entre l'axe biographique et l'axe relationnel serait une des approches de cette notion. L'axe biographique repose sur l'élaboration du soi construit personnellement par l'ensemble des diverses interactions du parcours de vie. L'axe relationnel propose la construction identitaire face à une définition de soi venue de l'extérieur.

L'identité serait une notion instable, dynamique et plurielle. L'individu se positionnera en fonction des objectifs des interactions auxquelles il est sollicité ou qu'il sollicite. Kaddouri⁷²² (2002) rappelle que la construction identitaire tout au long de la vie, repose sur deux aspects : « *une « identité héritée » et une « identité acquise* ». Nous explorerons cette notion de dynamiques identitaires par les travaux de Kaddouri, après avoir exposé le regard de Dubar sur l'identité.

Pour Dubar⁷²³ (2010), « *l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres* ». Cela met en avant que nous n'avons pas une identité « innée ». Celle-ci serait la somme des divers apports relationnels avec autrui. Il⁷²⁴(2015) précise que l'identité ne pourrait pas exister sans une socialisation primaire, « *la socialisation est un processus d'identification de construction d'identité, c'est-à-dire d'appartenance et de relation.*»

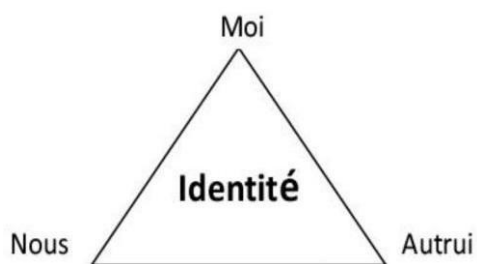


Schéma n°14 : L'identité selon Dubar 2000

Le « Moi » : ou comment je me construis et je me vois. C'est le socle d'une personnalité singulière ;

Le « Nous » : ou comment je me construis au sein d'un groupe ;

« Autrui » : ou comment je suis vu et reconnu par les autres.

⁷²⁰ Kaufmann J.C, 2005, « *L'invention de soi, une théorie de l'identité* », Paris, Hachette Littératures, p. 42.

⁷²¹ Haissat S., 2006 « *La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement* », dans revue *Interrogations ?*, N°3. L'oubli, décembre 2006, p.128

⁷²² Kaddouri, M., 2002, « *Le projet de soi entre assignation et authenticité.*» Recherche et formation/ n°41/p 31-47, p.42

⁷²³ Dubar C., 2010, « *La crise des identités* », Col : Le lien social, Edit : PUF, p.76

⁷²⁴ Dubar C, 2015, « *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*», 5^{ème} édition revue, Edit : Armand Colin, p.32

Dubar⁷²⁵ (2000) citant Elias (1987), « *il n'y a pas identité du « Je » sans identité du « Nous* ». Cette approche bicéphale conforte nos propos sur le rôle principal des interactions entre un individu construisant son identité et à minima une tierce personne. On se construit par les retours d'informations d'autrui sur sa propre personnalité. C'est par ce double processus d'identité pour soi et d'identité pour autrui qu'un individu affinera sa personnalité. Dubar⁷²⁶ (2000) précise que ce binôme peut être ressenti, par l'acteur social, comme « *une dualité de l'identité* ». Cela peut le déstabiliser devant la, ou les, réactualisation consciente ou inconsciente, objective et subjective de son identité et le questionne sur son rôle social et de sa place sociétale. L'incertitude de la vision de sa propre identité sera pour certains un obstacle infranchissable. Dubar⁷²⁷ (2000) mentionne que la vision de l'identité de l'acteur social peut-être divergente de celle d'une tierce personne ou d'un groupe, « *Je ne puis jamais être sûr que mon identité pour moi-même coïncide avec mon identité pour Autrui* ». La posture de la personne interagira sur son identité personnelle. En fonction de la place qui lui est attribuée ou laissée, l'individu l'adaptera. Il sera soit agent, acteur ou auteur de celle-ci, mettant un avant tout ou partie de sa propre personnalité.

L'identité pour autrui serait le résultat d'un double processus d'interactions et d'attribution de la vision d'une identité singulière (comment je suis vu) et de sa pertinence et de l'acceptation par autrui (comment je suis reconnu). Cela positionne la notion de l'identité plus dans la recherche d'un positionnement social. A tout moment, un acteur social, porteur de sa propre identité, peut accepter et revendiquer, comme refuser l'appartenance à tel ou tel « groupe ». Il en reste automne par des choix qui lui sont propres. L'identité pour « soi » et l'identité pour « autrui » peuvent diverger. L'écart soulevé questionnera la personne et l'entité (autrui). Des stratégies identitaires seront actionnées pour trouver le plus petit dénominateur commun, faisant consensus. Dubar met en avant deux phénomènes de transaction. La première, une transaction objective, reposant sur l'ajustement et des compromis de l'identité attribuée par autrui et l'identité personnelle. La seconde, une transaction subjective entre l'identité antérieure et l'identité avenir et visée. Cette dernière vient compléter les propos tenus par Kaufman (2005) cités ci-dessus. Ces deux approches peuvent aboutir à un accord et reconnaissance mutuelle, ou à un échec. Ce dernier aboutira à une rupture de liens entre les deux identités. L'identité personnelle se nourrit aussi de cette articulation entre ces deux transactions. Nous concluons par « *l'identité n'est pas ce qui reste nécessairement« identique » mais le résultat d'une « identification » contingente. C'est le résultat d'une double opération langagière : différenciation et généralisation* » Dubar⁷²⁸ (2010). Cette identité singulière soumise aux turbulences de la vie ne sera pas identique tout au long de la vie.

L'identité serait une notion complexe, reposant en premier temps sur la personnalité propre à chacun. Dubar, sociologue, s'appuie sur les propos de Freud pour enrichir sa vision de l'identité. Il met en avant que les tensions entre l'identité « acquise » et l'identité « visée » se retrouveraient à travers les notions du « Moi », du « Ça » et du « Surmoi ». Une « stabilité » de la notion du « Moi » (identité acquise) stabiliserait à minima le « Ça » (identité visée) et dans le meilleur des cas ces deux dernières. La notion d'interactions sociales se retrouve bien comme « acteur » majeur de la construction identitaire. Erikson⁷²⁹ (1972) mentionne que c'est à l'adolescence que notre identité

⁷²⁵ Dubar C, 2000, « La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles », Edit : HER/ Armand Colin Paris 200, p.18

⁷²⁶ Ibid. 726, p.108

⁷²⁷ Ibid. 726, p.108

⁷²⁸ Ibid. 724, p.3

⁷²⁹ Erikson, E., 1972, « Adolescence et crise. La quête de l'identité. », Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion, p.167

personnelle se construirait, par la rupture de l'identification identitaire : « *La formation de l'identité commence là où cesse l'utilité de l'identification. Elle surgit de la répudiation sélective et de l'assimilation mutuelle des identifications de l'enfance ainsi que de leur absorption dans une nouvelle configuration qui, à son tour, dépend du processus grâce auquel une société (souvent par l'intermédiaire de sous-sociétés) identifie le jeune individu en le reconnaissant comme quelqu'un qui avait à devenir ce qu'il est* ». Cette phase d'identification passée laisse place à celle de l'introjection, puis à la différenciation. La construction identitaire aurait comme objectif l'émancipation et l'individualisation de chacun. À ce titre, Erikson⁷³⁰ (1980) élargit sa vision de la construction identitaire. Il la positionne sur toute la vie et sur les différentes interactions : « *c'est un développement de toute une vie dont l'individu et la société à laquelle il appartient sont en grande partie inconscients. Ses racines remontent aux premières reconnaissances de soi : dans les tout premiers échanges de sourire du bébé, il y a quelque chose comme une prise de conscience de soi associée à une reconnaissance mutuelle* ». Bourgeon⁷³¹ (2014) précise que l'identité répond et questionne tout au long de la vie à deux filiations : la première verticale (les descendants et les ascendants) et une seconde horizontale (nos semblables (Amis, collègues de travail, des membres de la communauté, etc.). Kaddouri⁷³² (2002) parle « d'identité héritée » (verticale) et « d'identité acquise ou visée » (horizontale).

Nous concluons par ces derniers propos de Dubar, « *l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* ». Cette définition présente l'identité comme une notion complexe. Elle peut-être attribuée à un individu, ou à un groupe. Ces deux entités possèdent une identité singulière, l'une comme l'autre participant à la construction identitaire de chacun.

a- Les dynamiques identitaires

Nous avons mis en avant les différentes interactions identitaires personnelles. Pour expliquer cette perpétuelle quête identitaire, Kaddouri propose le terme composé de « dynamiques identitaires ». Pour engager une dynamique identitaire, par l'emploi du « pluriel » précise que cette action fait intervenir au moins deux acteurs. La mise en action de cette « dynamiques », l'individu initiateur attend une « réponse » du destinataire, qui proposera à son tour, d'interagir en proposant une dynamique soit d'acceptation soit d'ajustement. Cette boucle entre ces deux acteurs, cessera lors d'un consensus à minima d'acceptation des deux parties d'une identité commune. La mobilisation de ces deux identités singulières justifie le « pluriel » proposé par Kaddouri. Il⁷³³ en donne sa définition : « *Nous désignons par « dynamiques identitaires » une totalité complexe, jamais stabilisée puisque soumise de façon permanente à un travail de remaniement et de reconstruction de soi* ».

Cette instabilité permanente engendrera des tensions identitaires. L'individu ne pouvant se positionner sur sa pertinence, ses rôles, ses valeurs, son engagement et la responsabilité engagée, mobilisera des stratégies identitaires pour diminuer ou éliminer ses tensions. L'identité n'est pas une

⁷³⁰ Erikson, E., 1980, «L'identité et le cycle de la vie.», W.W Norton & Co., en ligne [Identity and the life cycle. \(apa.org\)](https://www.apa.org), p.122

⁷³¹ Bourgeon D., 2014, « Le modèle infirmier : engagement et identités.», Col : Fonction Cadre de Santé, Edit : Lamarre, p.

⁷³² Kaddouri, M. 2002, « *Le projet de soi entre assignation et authenticité.* » Dans : Recherche et formation, n°41,2002, Les dynamiques identitaires : questions pour la recherche et la formation. pp. 31-47, p.42

⁷³³ Kaddouri M., 2019, « Dynamiques identitaires », Dans : « *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* », 2019, p.66-69, Col : Questions de société, Edit : Eres, p.68

notion stable, elle se construit, se déconstruit, évolue continuellement. Lipiansky⁷³⁴ (1990) par sa définition de l'identité appuie nos propos. : « *Au sein des réseaux d'interaction, familiaux et sociaux, qui situent un individu dans le monde à chaque moment de sa vie, se construit et se reconstruit inlassablement l'ensemble des traits qui le définissent, par lesquels il se définit face aux autres, et est reconnu par eux.* »

Kaddouri⁷³⁵ (2006) rappelle que l'acteur social s'appuiera sur des stratégies comportementales pour « *réduire les écarts entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui et/ou l'identité héritée et l'identité visée* ». Le sujet cherchera à réduire les différentes tensions identitaires ressenties par lui et pour l'autre. Kaddouri⁷³⁶ (2006) précise qu'elles ont deux buts à atteindre :

- « La gestion de la cohérence entre les différentes composantes de l'identité afin d'éviter leurs incompatibilités »
- « Le maintien de la cohésion identitaire afin de faire face à l'éclatement et à la dispersion des éléments de la totalité »

Pour Kaddouri, la construction identitaire ne se retrouverait que sur des temps de socialisation. Il en définit deux : la socialisation primaire et la socialisation secondaire.

- La socialisation primaire : elle débute par les interactions dès la naissance jusqu'à la fin de l'enfance. Cette fin serait actée lors du début de « la crise de l'adolescence »,
- La socialisation secondaire : elle débute à la frontière de la fin de la socialisation primaire sur l'ensemble des différents parcours sociaux de la personne, et s'enrichit tout au long de la vie.

Ces deux temps interagissent en permanence, par la recherche d'un équilibre. Ces temps peuvent mettre en avant des tensions. Elles seraient de deux origines distinctes mais souvent concomitantes. La première par des conflits internes propres à chacun. Le « Moi » peut entrer en conflit avec le « soi », complexifiant ainsi les diverses interactions sociales. La seconde entre sa représentation identitaire et celle apportée par une tierce entité. Cela se retrouve très fréquemment dans les pathologies psychiatriques (Dépression, bipolarité, schizophrénie, paranoïa, etc.), certaines maladies dégénératives (Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.) et certaines maladies génétiques (l'Autisme, la trisomie, etc.).

Dans « Dynamiques identitaires et rapports à la formation », Kaddouri (2006) propose cinq types de dynamiques identitaires : continuité, transformation, gestation, destructivité et anéantissement.

- Les dynamiques de continuité identitaire :
La personne est satisfaite de sa vie et de son identité actuelle. Elle retrouve une concordance entre son identité et celle visée. Elle désire continuer sur sa lancée en la reproduisant, la prolongeant, et l'entretenant dans le futur désiré. Il n'y a pas de différence entre le « Sois » actuel et le « Sois » à venir.

⁷³⁴ Lipiansky E.M, et All, 1990, « *Introduction à la problématique de l'identité* ». C. Camilleri, Kastersztejn, Lipiansky, Malewska-Peyre, Taboada-Leonetti et Vasquez (Sous la dir. de). Stratégies identitaires. 1990, Paris : PUF, p. 7-26, .p.22

⁷³⁵ Kaddouri M., 2006, « dynamiques identitaires et rapports à la formation », dans « *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* », Avril 2006, Action et savoir, Edit : L'Harmattan, p.127

⁷³⁶ Ibid. 736, pour les deux buts p.128

Deux types de projets se présentent à l'acteur social. Un projet d'entretien du « soi ». L'individu est suffisamment autonome pour prolonger son identité actuelle. Un projet de préservation du « Soi ». La préservation de son identité est dépendante d'une tierce personne qui peut à tout moment remettre en question l'identité singulière de la personne. En s'appuyant sur trois types de préservation, l'individu trouvera des outils pour affirmer ou ne pas perdre son identité : préservation conflictuelle, préservation collaboratrice et/ou préservation de repliement.

- Les dynamiques de transformation identitaire :

Au regard de son identité à un temps T, la personne cherche à la modifier pour des raisons qui lui sont propres. Deux points de vue spatial et temporel de deux axes s'offrent à lui.

Point de vue spatial :

Le premier ou de transformation exogène : une nouvelle identité se construit suite à un changement de métier. Des phénomènes d'acceptation, de déconstruction et de reconstruction seront mobilisés.

Le deuxième ou de transformation endogène : une nouvelle identité se construit sur les bases de celle déjà existante, lors d'une progression de et dans l'activité initiale.

Point de vue temporel :

Le premier où transformation planifiée : une nouvelle identité est envisagée pour changer de statut socioprofessionnel. Ce changement sera planifié sur plusieurs années jusqu'à l'obtention d'une nouvelle qualification, souvent représentée par un diplôme supérieur à celui de l'activité initiale.

Le second ou transformation impérieuse : un accident de la vie bouleverse le parcours entamé. La personne est dans l'obligation d'abandonner très rapidement son identité. Elle essaiera de se reconstruire par la nouvelle souvent non souhaitée.

- Les dynamiques de gestation identitaire :

Le sujet social est confronté à des turbulences personnelles comme professionnelles. Son avenir visé n'est plus réalisable. Un changement identitaire est envisagé et va perturber l'ancienne identité. Cette étape pourra faire coïncider ces deux identités, cela créera des conflits cognitifs.

L'acteur social aura la possibilité de se rapprocher de trois projets de mobilisation du « soi ».

Le premier ou projet de confirmation de « soi ». L'acteur social cherchera la reconnaissance de son identité modifiée, par et pour lui-même et par une tierce entité. Kaddouri précise, que le sujet social *«peut, également, accepter les règles du jeu fixées par autrui et utiliser cette acceptation comme stratégie de confirmation de soi »*,

Le second ou projet de reconstruction de « soi ». Lors de diverses interactions, l'acteur social aura le « sentiment d'une blessure identitaire » volontaire ou involontaire. Pour se reconstruire, l'individu aura besoin de temps et d'aide. L'analyse introspective de son identité singulière l'amènera à retrouver l'estime de soi perdue.

Le troisième ou projet de redéfinition de « soi ». Un déséquilibre identitaire permanent vient bousculer les représentations identitaires de l'individu. L'acteur social n'arrive plus à les

stabiliser. La personne devra travailler sur le sens qu'elle veut donner à son existence. Poursuivre ou changer ses choix de vie seront la base pour rééquilibrer une identité existante ou à remodeler.

- Les dynamiques de destructivité identitaire :

Les parcours de vie sont semés d'obstacles. Une destruction identitaire peut survenir à tout moment. Elle peut survenir soit directement de la part d'une autre personne (supérieur hiérarchique) ou d'une entité (justice), soit à titre personnel par une intériorisation volontaire ou non (Décès, divorce, trajectoire professionnelle non aboutie, etc.). L'individu perd confiance en soi et en les autres. Cela remet en question sa vision de la vie, de sa vie. Il a à sa disposition deux options.

La première, seule ou accompagnée et aidée par une identité (personne, groupe de paroles, etc.) : il cherchera l'ensemble des postures qui lui redonneront confiance en soi.

La seconde, la personne s'enferme dans un état dépressif malgré les mobilisations citées ci-dessus. Il risque de sombrer dans une dynamique d'anéantissement de « soi ». (Ex : l'anorexie, etc.).

- Les dynamiques d'anéantissement identitaire :

Le parcours de vie de la personne à un temps T a basculé, le projetant dans un mode de destruction de sa propre personnalité. Une image négative et méprisante est intériorisée comme représentation identitaire. Seule une vision à très court terme est envisagée. La perte de reconnaissance, la négation de l'estime de soi, et la perte de confiance en soi peuvent aboutir à l'élimination du « soi » siège de toutes ces incompréhensions. Cela peut amener l'individu sur des comportements et des actions suicidaires.

Kaddouri précise, « nous sommes, ici, en présence d'une perte du sens du rapport à soi-même, d'une perte de tout sens de son identité, c'est-à-dire de sa propre existence ».

L'ensemble de ces approches complexifie la vision de l'identité. Kaddouri (2006) précise que cette différenciation des profils des dynamiques identitaires est « *comme une totalité constituée de composantes indissociablement complémentaires et interactivement conflictuelles* ». Cela se rapproche des différents travaux de Dubar. Ces deux auteurs mettent en avant que cette dynamique est étroitement liée aux interactions entre un acteur social et une entité, autant dans des rapports complémentaires que conflictuels.

a- L'identité sociale

Comment positionner l'identité sociale face à l'identité. Luque⁷³⁷ (2002) précise que : « *La difficulté d'établir les différences ou les limites entre ce qui pourrait se comprendre comme identité sociale et identité individuelle est paradigmatique.* » Il⁷³⁸ propose que « *l'identité sociale n'est jamais unilatérale, elle a besoin de l'interaction. Dans ce sens, les identités sociales individuelles, autant que collectives, peuvent être comprises en utilisant un modèle dialectique de processus, externe et interne. Ceci suppose, en quelque sorte, et selon Jenkins, une alternative plus complète à la*

⁷³⁷ Luque F.M ; 2002, « *Entre l'identité et l'identification : un problème complexe de la recherche sociologique dans le domaine de l'inter culturalité* », dans Société/0, Vol.76, p-59-70. Edit : De Boeck Supérieur, p.60

⁷³⁸ Ibid. 739, p.60

disjonction persistante dans la théorie sociale entre l'individuel et la société, l'action et la structure, etc.».

Pour de nombreux auteurs, l'identité renvoie à minima, à une interaction et à une dialectique (au sens de mode de raisonnement qui analyse en confrontant et en dépassant les contradictions) entre un individu et une reconnaissance sociale. Un individu met à disposition volontairement à un temps T son identité pour des raisons qui lui sont propres. Pour Chauchat⁷³⁹ (1999), « *dans les recherches sur l'identité, deux perspectives peuvent être mises en évidence : celles qui, centrées sur la dimension psychologique du phénomène identitaire, tentent de rendre compte des processus individuels mis en jeu ; et celles qui, centrées sur ses caractéristiques collectives, s'intéressent aux effets des placements des individus dans la matrice sociale et culturelle* ». Positionner l'identité socialement, c'est reconnaître qu'elle est une des composantes du processus de socialisation. Dubar⁷⁴⁰ (1996) mentionne que « *la socialisation est enfin un processus d'identification, de construction d'identité.* » Il⁷⁴¹ précise que « *l'identité sociale n'est pas transmise par une génération à la suivante, elle est construite par chaque génération sur la base des catégories et des positions héritées de la génération précédente, mais aussi à travers les stratégies identitaires déployées dans les institutions que traversent les individus et qu'ils contribuent à transformer réellement* ». Nous retrouvons là le même phénomène de progressivité, d'ajustement, d'amélioration et de reconnaissance que celui exploré sur l'identité. La notion du « soi » est ici remplacée par l'entité sociale du groupe visé. Ce regroupement est d'au moins deux identités singulières visant le même objectif, une reconnaissance et un positionnement social.

Kaddouri précise que cette notion est très fréquemment employée pour des projets professionnels. Cela permet à un individu de se positionner socialement. Kaddouri⁷⁴² (2019) mentionne que « *derrière le projet professionnel qui motive la reconversion professionnelle se trouve également un projet d'identité, c'est-à-dire la représentation de l'homme ou de la femme que la personne concernée voudrait être dans le futur, la manière dont elle voudrait se situer, être définie et positionnée, socialement, professionnellement et personnellement* ».

L'identité sociale serait l'ensemble des schèmes (au sens de Piaget⁷⁴³) et des représentations qu'un individu a intériorisées et exposées verbalement. Nous pouvons la considérer comme le « Soi » narratif. Par son discours, il peut se mettre en avant et revendiquer des qualités propres, mobilisables sur des tâches définies. Il se reconnaît et il est reconnu comme appartenant au moins à un groupe social. L'héritage familial est une des bases de cette identité, elle ne peut pas en être dissociée. Avant d'avoir une identité sociale, l'individu possède en lui sa propre identité singulière qu'il mettra à disposition lors de diverses interactions avec un groupe choisi. L'identité sociale serait la somme d'identités reconnues (la personne et au moins un groupe), positionnant l'individu dans une certaine posture en fonction du contexte de son implication au regard de celle affichée par le groupe. En s'appuyant sur son identité primaire (religion, l'éducation, etc.), ou par la reconnaissance

⁷³⁹ Chauchat H., et All., 1999, « *Identité européenne. Crise sociale et crise identitaire chez des étudiants français en 1994*, dans Chauchat, Duran-Delvigne (1999) « *De l'identité du sujet au lien social* », Paris, PUF. p.122

⁷⁴⁰ Dubar C., 1996, « *la socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles.* », 2^{ème} édition revue, Edit : Armand Colin, p.25

⁷⁴¹ *ibid.* 379, p.126

⁷⁴² Kaddouri M., 2019, « *Reconversions professionnelles, dynamiques identitaires et rapport à la formation.* », ENS Editions, n°90, p.103 -115, p. 107

⁷⁴³ Schème au sens de Piaget : le schème désigne une totalité organisée qui se construit par tâtonnement et par assimilation d'éléments nouveaux à un schème antérieur, et qui se conserve en fonctionnant par simple répétition suivie de généralisation. Le schème est susceptible d'accommodation à une nouvelle situation.

de celle-ci, l'acteur social pourra interagir avec plusieurs groupes (syndicats, sportifs, associations, etc.). Cette identité primaire peut être la porte d'entrée dans un groupe.

Tajfel⁷⁴⁴ (1972) précise que cette identité reflète un sentiment affectif. Il la définit comme : « *la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et à la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance* ». On ne s'investit pas par hasard dans un groupe social. Il y a fréquemment une notion de curiosité qui attire un individu à interagir avec un groupe puis à en être membre. La motivation personnelle de l'acteur demandeur d'une inclusion doit correspondre aux attentes du groupe constitué. Lorsque l'émotion positive se remplace par une négative, des conflits peuvent apparaître, avec comme conséquence ultime une séparation d'avec le groupe. L'actualité sportive footballistique parisienne actuelle en est un bon exemple.

Cohen-Scali⁷⁴⁵ (2008) précise que « *l'identité sociale constitue un sentiment de solidarité intime, profond, avec les idéaux d'un groupe, lié à l'intégration au moi et aux sentiments de soi d'éléments caractérisant les groupes auxquels l'individu appartient* ». Nous retrouvons là une affinité consciente ou/et inconsciente du choix d'appartenance à tel groupe par rapport à un autre. Cette appartenance sera un outil pour l'affirmation identitaire de l'individu comme celle du groupe. La place attribuée à la personne valorisera son identité personnelle. On est reconnu comme appartenant à tel ou tel groupe et cela peut-être valorisant. Mais si au sein de ce groupe la personne occupe une place, centrale son identité en sera d'autant plus valorisée. Lors de l'écriture d'un curriculum vitae, il est fortement recommandé d'indiquer les groupes d'appartenances et d'y mentionner ses rôles et fonctions. Et réciproquement, lors d'une recherche d'un nouveau collaborateur, la posture du candidat potentiel peut valoriser plus fortement l'identité du groupe recruteur.

L'identité sociale serait la somme des compétences acquises (avec ou sans diplômes) dans l'ensemble des activités personnelles et professionnelles d'une personne à un instant T. Pour une personne, son identité sociale se construit et se déconstruit au fil du temps. Dans notre monde centré sur la vie professionnelle, qu'advient-il de l'identité sociale d'une personne lors du passage à la retraite ? La dernière enquête du ministère de la Santé précise qu'un retraité sur cinq est engagé dans une démarche de bénévolat, et, que 75 % des retraités participant à une association l'avaient rejoint avant la retraite. L'investissement dans le bénévolat n'est pas, dans la plus grande majorité des cas, une recherche de reconnaissance sociale, mais plus une mise à disposition de compétences affinées tout au long de la vie.

Devos⁷⁴⁶ (2005) complète les propos sur la perception émotionnelle de l'identité sociale : « *Lorsqu'une identité sociale est saillante, les situations ou événements se rapportant à cette identité sociale vont aussi produire des émotions. Même si les individus ne sont pas personnellement ou directement concernés par ces situations ou événements, ils éprouveront des émotions parce que ceux-ci peuvent être bénéfiques ou néfastes pour leur groupe* ». L'appartenance à un groupe n'est pas définitive. Elle est tributaire de relations intimes qui peuvent à tout moment s'interrompre.

⁷⁴⁴Tajfel H., 1972, « *La catégorisation sociale*. » dans S. Moscovici (Dir.), Introduction à la psychologie sociale. Vol. 1. Paris, Larousse, p. 272-302. p.292

⁷⁴⁵Cohen-Scali V., 2005, « L'identité : perspectives développementales. » Dans « *L'orientation scolaire et professionnelle* », 37/3, 2008, Identités et orientations-1, p.321-345, p.325
.321-345, p.

⁷⁴⁶Devos T., 2005, « *Identité sociale et émotions intergroupes.*», dans les cahiers internationaux de Psychologie sociale 2005/3, n°67-68, p.85-100, Edit/ presses universitaires de liège, p.86

Cette identité sociale constitue, pour une personne, un sentiment de solidarité, d'intimité avec les membres et l'idéologie du groupe. La personne se retrouve liée par une intégration du « moi » et du sentiment du « soi » personnels avec ceux qui caractérisent le groupe visé puis d'appartenance.

Une personne désirant interagir avec un groupe s'engagera par une première reconnaissance de son identité. A cet effet, il devra faire obstruction de ses hésitations ou de sa timidité pour se présenter et se faire accepter. Il doit être en capacité de mettre en avant sa motivation face au groupe envisagé et face à d'autres participants. A ce titre, Tajfel⁷⁴⁷ (1971) propose deux motivations dans la construction de l'identité sociale.

- La première : être en capacité de se définir d'un point de vue social et non d'un point de vue personnel et de mettre en avant certaines interactions positives valorisant le groupe et pas sa propre personne ;
- La seconde : être en capacité d'enrichir sa propre personnalité et de solliciter une reconnaissance de la part d'autrui, en s'appuyant sur l'ensemble de ses compétences personnelles pour en faire profiter le groupe ciblé.

L'identité sociale serait un investissement et une motivation personnelle qui permet à un individu de se repérer lui-même (identité personnelle) par rapport aux différents membres d'un ou de plusieurs groupes (identité sociale) où il est inclus.

5-1-3 Conclusion

L'ensemble des auteurs mettent en avant que l'identité sociale est un processus. Celle-ci n'est pas déterminée sur un temps T mais plus sur un espace temps, celui de l'intégration de l'individu et de ses diverses interactions dans, par et pour le groupe.

Ces deux entités apportent et s'approprient les identités de chacun pour trois objectifs concomitants :

- La reconnaissance et la valorisation des identités propres de l'individu et du groupe,
- La reconnaissance et la valorisation identitaire de chaque identité au sein du groupe,
- La valorisation et la validation identitaire du groupe dans l'espace social, et celle de l'individu comme membre du groupe.

Cette intégration en perpétuel mouvement n'est pas définitive. Cette identité sociale personnelle s'appuie sur des demandes volontaires (le sujet se propose lui-même) ou involontaires (le sujet est présenté) sur une intégration envisagée. Ces deux démarches activeront des observations, des analyses réciproques avant une acceptation ou un refus. « *Le concept d'identité sociale articule le processus cognitif de catégorisation et l'appartenance sociale, l'identité sociale étant la structure psychologique qui réalise le lien entre l'individu et le groupe, au sens où elle engendre des processus*

⁷⁴⁷ Tajfel H, et All, 1971, « Catégorisation sociale et comportement intergroupe », 1^{ère} Edition, Dans Revue européenne de psychologie sociale, Vol.1, n°2, p.148-178, 153

et des comportements catégoriels », Baugnet⁷⁴⁸ (1998). À minima, les deux protagonistes doivent retrouver une plus value dans cette coopération.

L'identité sociale serait une démarche active, personnelle de présentation de sa personnalité et de ses aptitudes d'intégration dans un groupe social. L'individu y reconnaît les valeurs intrinsèques du groupe envisagé, comme similaires à un minimum de valeurs de sa propre personnalité.

La construction d'une identité sociale ne repose que sur la motivation et l'investissement personnels. L'acteur social doit être en capacité physique et cognitive d'afficher, de revendiquer et d'assumer sa posture. Cela lui permet de se repérer lui-même dans le (ou les groupes) et d'être reconnu socialement par d'autres et d'autres groupes. Mucchielli⁷⁴⁹ (1992) définit l'identité sociale comme « *l'ensemble des critères qui permettent une définition sociale de l'individu ou du groupe, c'est-à-dire qui permettent de le situer dans la société* ».

L'identité sociale peut-être considérée comme un des éléments de la construction identitaire, au même titre que l'identité professionnelle. Elle s'en appropriera les mêmes modes de développement. Erikson⁷⁵⁰ (1980) précise que « *l'identité n'est qu'un concept inscrit dans une conception plus large du cycle de la vie humaine qui la conçoit comme un développement (unfolding) progressif de la personnalité à travers des crises psychosociales caractéristiques d'une certaine période* ». Cette définition peut donc s'appliquer à l'identité sociale.

Cette quête de recherche d'identité sociale se retrouve-t-elle dans le discours des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie ? Le concept d'universitarisation est-il un outil pour la mettre en avant ? Ce questionnement présente certains items recherchés de notre cadre théorique pour confirmer ou infirmer notre problématique de recherche.

5-2 L'identité professionnelle

Introduction

L'identité professionnelle est une des composantes de l'identité personnelle. Elle est d'origine d'une implication individuelle et collective. Dans notre monde actuel, elle occupe une place particulière. Avant la crise du Covid celle-ci représentait une place très portante de la vie sociale des individus (des « pays développés »). La génération post Covid, arrivant sur le marché du travail, comme une forte proportion de jeunes actifs, privilégie la vie sociale à la vie professionnelle. L'enquête de l'Association Nationale des Directeurs des Ressources Humaines (ANDRH) de 2022 précise que « *la crise sanitaire a fait évoluer la perception du travail au sein des entreprises* ». Il en ressort une demande de rééquilibrage entre la vie sociale et professionnelle. L'identité professionnelle doit s'adapter à cette réalité. Les nouvelles postures des jeunes seraient le résultat de l'impact d'expériences partagées à travers des changements culturels, économiques, sociaux et technologiques. La « formation de l'identité professionnelle » est un processus complexe de nombreux facteurs engageant personnellement un individu dans un contexte de travail reconnu. Se questionner sur cette identité singulière implique l'acteur social au cœur de son parcours professionnel. Pour une très grande majorité d'individus, celui-ci commence par une formation initiale. Lorsqu'elle n'est pas retrouvée, la période d'essai d'un contrat de travail peut la remplacer.

⁷⁴⁸ Baugnet L., 1998 « *L'identité sociale* », Paris, Dunod, p.66.

⁷⁴⁹ Mucchielli A., 1992, « *L'identité* », PUF, p.127.

⁷⁵⁰ Erikson, E. 1980, "Identity and the life cycle." New York: International Universities Press Inc. (Reed. New York: Norton), consulté en ligne et traduit par Google transduction, p.128

L'employeur s'appuyant sur les compétences de la personne pourra valider les débuts d'une identité professionnelle.

Nous explorerons ce concept puis nous porterons un regard sur la relation entre formation initiale et identité professionnelle.

5-2-1 Définitions

D'après les travaux de Perez-Roux (2011), l'identité professionnelle d'un acteur social, est une représentation de « soi » comme professionnel qui s'adapte, se construit, s'organise et se modifie en relation avec les interactions vécues entre :

- L'image que l'individu a de lui-même (soi), (figure ci-dessous) et le sentiment que cette image est reconnue par les autres (autrui).
- Le besoin de s'affirmer comme individu (continuité) et celui d'appartenir à un groupe professionnel (changement).



Schéma n°15 : Dubar : l'identité professionnelle : entre tensions et transactions

Pour Dubar, l'identité professionnelle est une notion instable. Elle serait la résultante d'interactions et d'ajustements constants. Elle s'inscrit dans une construction globale de l'identité. La perception de « soi » et « d'autrui » professionnels complexifiera les représentations de l'identité personnelle. A ce titre, l'individu pourra puiser dans des ressources issues des différentes identités construites tout au long de la vie (identité sociale, culturelle, etc.) pour adapter son identité professionnelle. Celle-ci peut s'étoffer des compétences de diverses interactions stockées et non sollicitées, formelles et/ou informelles.

Gohier⁷⁵¹ (2000) confirme la place de cette identité professionnelle comme un des maillons composant de l'identité personnelle, « *L'identité professionnelle est une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale* ».

Pour Dubar (1991) l'identité professionnelle est « *un processus inséré dans des institutions et marchés de travail, des dynamiques de normes et de modèles qui l'éclairent* ». Sainsaulieu⁷⁵² (1988) propose sa vision de l'identité professionnelle comme « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». Et pour Fray⁷⁵³ (2010), « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail* ».

⁷⁵¹ Gohier C., et All., 2000, « *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle.* » Edit : L'Harmattan, Collection Education et formation.

⁷⁵² Sainsaulieu, R. (1988). « *L'identité au travail.* », Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques. 3ème édition, p.477

⁷⁵³ Ibid. 190, p.74

L'ensemble des auteurs ayant travaillé sur ce sujet, ont mis en avant un consensus : l'identité professionnelle n'est attachée qu'à une activité professionnelle, reconnue, réglementée, rémunérée dans laquelle un individu officie. C'est une représentation dynamique, évolutive et ajustable. Pouvons-nous parler d'identité « professionnelle » pour toutes les personnes impliquées dans la vie associative ? Cette « activité », pour certains, est une réelle implication assimilée à une activité professionnelle. Doit-on parler d'identité associative ? Ce que nous pouvons considérer, c'est que cette implication contribue elle aussi à la construction identitaire. L'identité professionnelle s'exprime le plus souvent de manière inconsciente. Elle devient « consciente » par le regard et le discours d'une tierce personne.

Lors d'une formation initiale, l'identité de l'apprenant est-elle vécue comme une identité professionnelle en construction ? Ou comme une identité d'étudiant ? Ce questionnement est un des axes de recherche de notre travail.

5-2-2 Le concept de l'identité professionnelle

Le concept de l'identité professionnelle met en avant un groupe professionnel comme groupe social à part entière. Il peut exister par les différentes interactions internes des membres le constituant et les diverses interactions avec d'autres groupes. Sainsaulieu⁷⁵⁴ (1988) appuie nos propos par, l'identité professionnelle est la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes ».

Cette identité professionnelle contribue au développement des individus à la recherche de continuité de parcours de vie, pour en donner du sens. Dubar (1991) mentionne que « l'identité professionnelle de base constitue non seulement une identité au travail, mais aussi, et surtout, une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'un cheminement de carrière, et la mise en œuvre d'une logique basée sur le travail, ou mieux, une logique orientée vers l'apprentissage ».

Dans les travaux de Riopel⁷⁵⁵ (2006), il est précisé que l'identité professionnelle à une dimension sociale par l'appartenance d'un sujet social à un groupe social. La particularité de ce groupe est son appartenance au monde professionnel. Elle n'y développerait pas que l'identité professionnelle. Les apports de cette construction identitaire professionnelle pourront être mis en action sur des temps d'interactions sociales non professionnelles.

Riopel rappelle que cette identité singulière se construit par l'intériorisation aux connaissances, aux compétences, aux buts et objectifs professionnels de la part d'un individu et parallèlement au groupe professionnel. Conjointement, ce dernier construit son identité professionnelle des apports de l'individu. La personne acceptera l'ensemble des normes, des codes, des manières de faire, des pratiques, du cadre juridique et la reconnaissance légitime du groupe dans l'espace social et sociétal. Le « futur employé » accepte que son « soi » soit reconnu par le groupe. Il en fera abstraction et le remplacera par le « nous », lors des différentes interactions entre différentes entités. Le groupe professionnel, se substituant à l'ensemble des identités singulières qui le construisent, pourra mettre en avant certains conflits. Lors d'un changement ou de progressions professionnelles, l'individu sera confronté aux mêmes conflits. La déstabilisation du cadre de socialisation déclencherà une crise

⁷⁵⁴ Sainsaulieu R. 1988. « *L'identité au travail*. » Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques. 3ème édition, p.477

⁷⁵⁵ Riopel, M.-C., 2006. « *Apprendre à enseigner : une identité professionnelle à développer*. » Septembre 2006, Col/ Formation et profession, Edit : Presse de l'Université Laval

identitaire, plus ou moins importante. L'individu concerné se retrouvera dans une posture de déconstruction, d'analyse, d'acceptation et de reconstruction d'une nouvelle identité professionnelle. Il pourra se référer à l'ensemble de ses expériences passées et y inclure les nouvelles données de sa nouvelle fonction. Comme toutes identités singulières, l'identité professionnelle est une suite non linéaire de rupture, de déconstruction, d'acceptation et de reconstruction identitaire. Elle se retrouve, comme l'identité personnelle, soumise à une instabilité permanente. Le point de rupture se situe lorsqu'il n'est plus retrouvé une image positive de la double identité personnelle et professionnelle de la personne dans et pour le groupe d'appartenance. Le même phénomène peut se retrouver par et pour le groupe. Ce phénomène peut se retrouver lors des reconversions professionnelles. Kaddouri⁷⁵⁶ (2019) s'exprime dans ce sens, « *derrière le projet professionnel qui motive la reconversion professionnelle se trouve également un projet d'identité, c'est-à-dire la représentation de l'homme ou de la femme que la personne concernée voudrait être dans le futur, la manière dont elle voudrait se situer, être définie et positionnée, socialement, professionnellement et personnellement.* » Cela interagira sur l'identité personnelle qui, elle-même, est en mouvement perpétuel. Une instabilité amplifiée d'une de ces deux représentations déstabilisera la plus stable. La crise du Covid a mis en avant ce phénomène : le Burn Out.

Nous concluons par les propos de Fray⁷⁵⁷ (2010) sur l'approche d'une définition de l'identité professionnelle, puis nous aborderons les différentes approches de sa construction. Elle nous indique que « *La construction identitaire est un processus continu, dynamique et interactif. En d'autres termes, la seconde caractéristique du processus de construction identitaire développée ici est que la constitution de l'identité professionnelle s'exerce tout au long d'une vie professionnelle. Elle évolue donc dans le temps. Elle est sujette aux changements et aux évolutions imposées par l'entreprise et son environnement économique mais aussi par l'individu lui-même. Nous ne pouvons donc parler de l'identité professionnelle comme d'un état figé ou immuable. Au contraire, le processus est durable et subit une actualisation incessante par l'interaction de différents facteurs et individus. Elle s'adapte aux contextes et aux expériences de l'individu* ».

Par ces derniers propos, il en ressort un consensus sur une définition de cette identité professionnelle qui, elle-même, est singulière. L'identité professionnelle se construit tout au long d'une carrière professionnelle. La temporalité de son expression peut perdurer après l'arrêt de la dernière activité professionnelle. De très nombreux retraités s'impliquent dans du bénévolat ou dans le monde associatif.

Fray⁷⁵⁸ (2010) mentionne que l'identité professionnelle renvoie à trois éléments principaux :

- L'identité par le métier : la situation objective de travail et la signification que lui accorde l'individu. La personne construit son identité professionnelle dès sa formation initiale, ou son apprentissage jusqu'à son autonomie comme expert, dans les tâches qui lui sont destinées ;
- L'identité d'appartenance à un groupe : la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels, l'activité

⁷⁵⁶ Kaddouri, M., 2019, « *Reconversions professionnelles, dynamiques identitaires et rapport à la formation.* », Dans Recherche et formation, ENS Editions, n°90, pages 103 à 115 p.107

⁷⁵⁷ Ibid.190, p.70

⁷⁵⁸ Ibid.190, p.75

professionnelle est considérée ici comme lieu de socialisation et d'identification communes ;

- L'appartenance à une entreprise : la relation à l'entreprise permet une existence identitaire. L'employé s'approprie l'ensemble des spécificités de l'entreprise, et les différentes étapes et les changements afférents à l'activité professionnelle.

Ces trois éléments ne sont pas dissociables les uns des autres. Ils participent à l'acceptation objective et subjective par l'acteur social d'accepter son intégration dans un groupe professionnel. Si celle-ci est imposée (pour des raisons économiques de « survie ») l'individu pourrait être moins impliqué professionnellement, voire « moins productif ». Cette identité professionnelle singulière à chacun, permet aux différents groupes de s'identifier aux responsables, aux pairs, aux supérieurs, à la hiérarchie. Cette identité professionnelle reprend les mêmes caractéristiques que l'identité : elle renvoie à une représentation de « soi » par « soi » et du « soi » pour « autrui ». L'individu, par sa posture identitaire professionnelle, est reconnu par l'apport de ses connaissances, ses compétences, sa motivation et son implication au sein de son groupe.

Cette identité professionnelle est pour Osty ⁷⁵⁹(2003) une identité de métier. En affichant son appartenance à un métier, l'acteur social recherche une reconnaissance de « soi », et de sa place sociétale. Cette reconnaissance professionnelle signe une socialisation pour et par le groupe professionnel. L'individu sera en capacité d'intervenir en toute autonomie lors d'une action professionnelle de son groupe d'appartenance. Fray⁷⁶⁰ (2010) propose une définition de l'identité professionnelle : « *l'identité professionnelle nous apparaît alors comme le résultat d'un processus d'identification à des collectifs, influencé par l'appartenance à des groupes professionnels ou non.* »

Les travaux de Sainsaulieu (1985) proposent une modélisation en quatre des profils de différents acteurs au sein d'un groupe.

- Le modèle réglementaire : l'employé manifeste un faible engagement professionnel. Il se limite à une succession de tâches. Cette « occupation » est perçue comme un moyen de subvenir aux frais courants de sa vie. Il peut considérer que sa vie personnelle est plus valorisante par rapport à sa vie professionnelle. L'identité professionnelle à minima est retrouvée. Elle correspondrait aux compétences mobilisées lors de l'« occupation » professionnelle ;
- Le modèle négocié :
L'employé s'appuie sur l'ensemble de ses compétences personnelles et professionnelles pour revendiquer lors de négociations une reconnaissance à sa juste valeur ;
- Le modèle fusionnel :
L'employé ne sera plus reconnu comme une personne à identité singulière. Il sera considéré comme une des pièces constituant un groupe professionnel. Il perdra son « autonomie » par la présence d'un leader qui guidera le groupe vers l'adoption de valeurs communes, la

⁷⁵⁹ Osty F., 2003, « Osty F., (2008), « Le désir de métier - Engagement, identité et reconnaissance au travail. » Presse universitaire de Rennes, Collection « des Sociétés ». 25/02/2003,

⁷⁶⁰ ibid.190, p.76

création d'un esprit d'équipe et le renforcement de l'unité. Le leader cherchera à développer une identité collective ;

- Le modèle affinitaire :
L'employé cherchera personnellement à progresser socialement. Dans ce contexte, la posture d'individualisme est plus prononcée au détriment de celle du collectif. Les relations professionnelles reposent davantage sur des affinités personnelles.

Ces quatre approches posturales pourront être retrouvées pour un individu. L'implication professionnelle est dépendante de différents temps de la vie personnelle et de l'ensemble des diverses interactions. Un « désordre » affectif personnel pourra avoir un retentissement sur l'ensemble des postures. Par exemple, l'employé pourra passer d'une posture fusionnelle à affinitaire ou juste à la réglementaire sur un temps non défini (ex : naissance, maladie, divorce, deuil, etc.). L'identité professionnelle s'adaptera en fonction de ces situations.

5-2-3 La construction identitaire professionnelle

Nous avons exposé l'appartenance de cette identité professionnelle comme une des entités constituant l'identité personnelle singulière d'un acteur social. Elle ne peut qu'exister que si une identité personnelle est retrouvée et, que la personne soit en capacité d'exercer une activité professionnelle. Par exemple, certaines pathologies neurologiques dégénératives ne le permettent pas (ex : l'infirmité motrice cérébrale (IMC), etc.).

Considérer une activité professionnelle comme pouvant participer à une construction identitaire, c'est accepter de mettre en avant les différentes interactions interpersonnelles en milieu professionnel et d'accepter l'appartenance à une communauté professionnelle. Cette double acceptation développe l'estime de soi, un épanouissement personnel et professionnel, la création d'un « soi » professionnel et de sa reconnaissance. Sainsaulieu⁷⁶¹ (1985) appuie nos propos sur la création de cette identité professionnelle par : « *elle constitue également un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires), s'ancrant dans l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir* ». Une identité professionnelle provient d'interactions issues d'une démarche personnelle au contact d'un ou de plusieurs groupes professionnels, pour affirmer l'identité propre à chacun auprès d'autres professionnels. Nous rappelons qu'Osty⁷⁶² (2006) la positionne comme une identité de métier et qu'elle « *dessine les contours d'un collectif d'appartenance, de réassurance et d'un référentiel d'action commun, soutient l'individu dans un contexte où sa responsabilité est engagée* ». Elle débiterait bien avant une formation initiale professionnelle. Nous avons exposé que les étudiants inscrits en formation initiale en massokinésithérapie étaient porteurs de représentations informelles d'images du métier de MK. Ces représentations peuvent être considérées comme les prémices d'une identité professionnelle. Une progression de cette construction identitaire professionnelle amène l'acteur social d'une posture de novice à celle d'expert. Le processus de progression professionnelle (novice à expert) pourra présenter des difficultés d'apprentissage et

⁷⁶¹Sainsaulieu, R. (1985). L'identité au travail (2e éd). Col : Références, Edit : Presses d e Sciences Po, p.7

⁷⁶² Osty, F., et All, 2006, « *Le pari du métier face à l'anomie.*»Nouvelle revue de psychosociologie, 2006/2, n°2, p-91-106, p.99

d'acceptation d'une modification identitaire personnelle. Les apports informels préexistants seront confrontés aux réalités professionnelles. Après une formation initiale, et au début de sa carrière, ce nouveau professionnel novice sera confronté à une ambiguïté. Comment appliquer l'ensemble des compétences du cadre conceptuel théorique validé par une certification au regard de la réalité professionnelle ? Existe-t-il des notions non développées lors de cette formation comme la recherche de performance ou/et de rentabilité, la distance à prendre avec le « client » et la régulation émotionnelle face à des circonstances professionnelles inattendues. Les allers-retours entre le cadre conceptuel et le cadre pratique accompagneront le professionnel tout au long de sa carrière. Le passage de novice à expert se concrétisera lorsque le professionnel sera en capacité d'avoir une expertise critique de sa carrière professionnelle. L'ensemble de ces éléments nous mène à les considérer comme une socialisation professionnelle. Pour Dubar⁷⁶³ (2000), « *la socialisation professionnelle regroupe l'ensemble des processus formels et informels par lesquels l'individu acquiert les caractéristiques sociales et culturelles d'un groupe professionnel.* »

L'identité professionnelle serait une somme d'interactions qui influenceraient un acteur social. Nous pouvons proposer comme première approche que la construction identitaire professionnelle serait la mise à disposition et l'appropriation progressive d'une culture commune professionnelle, d'un partage des valeurs qui lui sont propres et des différentes missions qu'elle serait en capacité d'exercer.

Cette construction serait ciblée sur l'exécution de tâches spécifiques du métier envisagé. Elle repose sur des bases historiques, théoriques, de postures, de compétences et d'actions professionnelles. Il est retrouvé très fréquemment un vocabulaire professionnel. Pour certains, il peut-être considéré comme une langue étrangère (Ex : la terminologie des matériels et des outils des ébénistes est constituée de plus de deux mille mots).

Cette construction identitaire professionnelle repose sur une action volontaire d'un acteur social désirant s'investir dans et pour un métier. Pour cela, l'individu s'orientera dans une démarche de formation. Cette dernière peut-être non désirée mais subie dans des circonstances particulières (ex : changement de poste de travail, mobilité professionnelle forcée, etc.).

Les propos de Falgares⁷⁶⁴ (2017) sur les psychologues peuvent aussi cibler les MK. Ces deux métiers appartiennent au groupe des professionnels paramédicaux. Il précise que « *la présence de qualités ou de capacités personnelles (telles que la sensibilité et/ou l'empathie) ne suffisent pas pour devenir psychologue ; il est nécessaire de traiter certains paramètres personnels et d'acquérir des connaissances au cours d'un parcours menant à la pratique professionnelle, mais aussi d'acquérir des compétences et des méthodes, et d'être actif dans un programme de formation. La conjonction entre les connaissances théoriques, les méthodes d'interventions et les expériences professionnelles influence directement le développement de l'identité professionnelle du psychologue, le tout dans une perspective évolutive sur plusieurs années qui nécessite un investissement et une implication de sa part* ». C'est dans une action d'accompagnement qu'un individu élaborera son identité professionnelle. Cette démarche personnelle contribuera à son positionnement social et sociétal. Cette construction identitaire reposerait sur l'appropriation et le développement de compétences

⁷⁶³ Dubar C., 2000, « *la crise des identités : l'interprétation d'une mutation.* » Revue européenne des migrations internationales, 16(3), 243-248, p.244

⁷⁶⁴ Falgares, G., et All, 2017, « *Learning psychology and becoming psychologists: developing professional identity through group experiential learning.* » Psychology Learning & Teaching. Traduit par Google Traduction, p.232-247, P.244

spécifiques permettant de maîtriser un acte professionnel et, sur la reconnaissance par les autres de cette maîtrise.

Nous rappelons que Dubar décrit deux processus de la construction identitaire personnelle, celle pour soi et celle pour autrui. L'identité professionnelle est une « portion » de cette identité : elle repose sur le même modèle. Le premier, l'identité pour « soi », se construit sur des bases d'une activité professionnelle et de la projection de « soi » dans un futur de cette activité. Elle débute par la formation initiale et par les différentes formations tout au long de sa carrière professionnelle. Le second, l'identité pour « autrui » met en action les processus relationnels avec les autres membres du même groupe d'appartenance ou/et d'autres groupes.

Doray⁷⁶⁵ (1992) propose une définition de la construction identitaire professionnelle : « *Les identités professionnelles sont façonnées dans la rencontre entre des individus (l'acteur qui articule des identités forgées et des identités visées) et le monde du travail où une institution particulière, l'entreprise, propose des identités virtuelles et reconnaît ou non les identités réelles* ». L'individu devra régulièrement faire preuve d'un grand professionnalisme face à un employeur. L'employé proposant une vision professionnelle, et l'employeur une vision commerciale seront dans des interactions consensuelles de ces identités professionnelles.

Hugues⁷⁶⁶ (1996), « *le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence* ». L'être humain choisit son activité professionnelle en fonction de sa personnalité et de l'ensemble de ses expériences et de ses compétences. Cette implication professionnelle choisie est l'image de son identité personnelle à la décision d'entrer dans le métier.

Cette construction identitaire professionnelle s'appuie sur cinq points, Fray (2010) :

- La motivation personnelle du futur employé,
- L'état de connaissance du travail,
- L'état des connaissances du métier choisi,
- L'état des connaissances de l'entreprise,
- L'état de connaissance des différents groupes professionnels.

L'ensemble de ces points serait bien l'origine personnelle de la construction identitaire professionnelle. L'employeur devra se positionner subjectivement lors de son choix de sélection d'un nouvel employé. Il reposera sur des données objectives (le CV) et des données subjectives (la motivation et la posture du futur employé).

La création d'une identité professionnelle passe par l'incorporation des savoirs professionnels en formation. Ces savoirs professionnels peuvent aussi être retrouvés lors d'interactions informelles avant la formation. Pellandra-Dieci⁷⁶⁷ (2010) citant Wentzel précise que la construction identitaire professionnelle « *est influencée par le propre passé scolaire des étudiant* ». Nous pouvons nous questionner sur ces savoirs informels. La formation initiale professionnelle, qui est le lieu

⁷⁶⁵ Doray P., 1992, « *Claude Dubar : La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles.* », Paris, Armand Colin, 1991, Dans Cahier de recherche sociologique, n°18-19, Edit : Département de sociologie Université du Québec à Montréal, p.309

⁷⁶⁶ Hugues E. C., 1996, « *Le regard sociologique* », Edit : EHESS, p76

⁷⁶⁷ Pellandra-Dieci S., et All, 2010, « *La construction et évolution de l'identité professionnelle en formation initiale* », CIDD, 2^{ème} congrès international de Didactiques, 2010, p.1

d'articulation entre apports théoriques et pratiques, devra déconstruire puis reconstruire l'articulation validée entre ces deux notions. Pour l'étudiant, l'image subjective d'une identité professionnelle phantasmée devra laisser place à celle validée et validant le métier.

La formation initiale en massokinésithérapie repose, depuis 2015, sur un duo de représentations identitaires. La première provenant du métier de MK (depuis son origine) et la seconde (depuis 2015) provenant du métier de chercheur universitaire. Nous pouvons nous questionner sur ce changement de posture. Le futur formé sera-t-il un MK ou un chercheur ? Ou ces deux postures sont-elles complémentaires ? Toute la complexité de cette nouvelle formation est de définir une identité commune. Elle serait la somme de l'approche d'une formation professionnelle et celle d'une formation universitaire. Ces deux approches ont-elles besoin l'une de l'autre pour exister ?

4-2-4 Conclusion

L'identité professionnelle est « *un processus dynamique laborieux, composé de plusieurs dimensions individuelles et collectives permettant l'acquisition des habiletés, l'internalisation des normes, valeurs, et culture du métier du psychologue ainsi que la favorisation d'un sentiment d'appartenance à la communauté. Tous ces éléments se forgent dans un processus plus large qui est la socialisation professionnelle.* » El Bouanani⁷⁶⁸ (2021).

Elle serait avant tout une reconnaissance sociale d'un sujet, avec une particularité, son champ d'action : le monde professionnel. L'activité professionnelle occupe une place majeure dans les vies de très nombreuses personnes. Pour certains, la recherche d'une identité sociale et sociétale est le centre de leur existence. Depuis la crise du Covid, cette posture a été bouleversée. L'individu accepte toujours d'avoir une activité professionnelle, mais il se recentre de plus en plus sur sa vie familiale et personnelle. L'importance de la reconnaissance de « soi » par le métier change. Elle glisse doucement vers une identité du « soi » familial. L'individu recherche plus à être reconnu comme une personne singulière au détriment d'une personne à statut social professionnel. Il reste quelques exceptions, par exemple, nous prenons rendez-vous chez le docteur X, mais nous allons chez Alain pour nos séances de rééducation (propos de nos entretiens).

L'étudiant, en formation initiale qui est le socle d'un début d'identité professionnelle, est-il à la recherche d'une reconnaissance de son « soi », ou juste d'explorer un inconnu professionnel phantasmé ? Cela pose la question principale : « comment reconnaît-on un MK ? »

Nos travaux de recherche essayeront de répondre à ces questions.

Nous rappelons que cette formation initiale propose une dualité de deux constructions identitaires : une première ancestrale professionnelle, et une seconde universitaire.

Les divers travaux de Perez-Roux ont exploré cette construction identitaire professionnelle des IFMK, des formateurs et des tuteurs dont celle des MK intervenants dans cette formation. À ce jour, l'approche sur le regard des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie, n'a pas été investiguée. Pilotti (2019) a mis en avant le double processus d'universitarisation-professionnalisation de cette formation et de l'impact sur les équipes pédagogiques. Dans un premier temps, ce sont les identités professionnelles des équipes pédagogiques qui en ont été

⁷⁶⁸ El Bouanani O., et All, 2021, « Construction identitaire et socialisation professionnelle. Dynamique identitaire et socialisation chez les psychologues en activité : étude exploratoire des perceptions du métier », Dans Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2021/67, Vol.26, p.81-104, Edi : ESKA, p.84

« malmenées ». Celles provenant À l'inverse des intervenants universitaires, l'appropriation du concept de professionnalisation n'a que très peu été sollicitée.

Cette dualité identitaire est-elle exprimée par les étudiants ? L'identité nouvelle universitaire a-t-elle pour mission de « formater » des futurs chercheurs ? À ce jour, aucune recherche en ce sens n'a été faite. Cela pourrait répondre à notre première question issue de notre titre : « *Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes* ». Ce défi est-il de préparer des chercheurs universitaires par un cheminement complet LMD propre à ce métier ?

Nous pouvons affirmer que cette construction identitaire ne repose pas que sur le diverses interactions professionnelles lors de stages, mais par une formation en alternance. L'articulation et les allers-retours entre apports théoriques et pratiques permettent aux étudiants de se créer une pensée professionnelle attachée à ce métier. Ce parcours en alternance permet à l'étudiant de conscientiser, d'enrichir et de s'appropriier les différents savoirs expérientiels en construction sur le terrain. Le processus de construction identitaire commence par une déconstruction des images informelles de ce métier. Puis progressivement, par l'ensemble des interactions professionnelles théoriques et pratiques, elle s'étoffe par l'acquisition et la validation de compétences professionnelles. L'originalité de cette formation initiale se retrouve dans la dualité identité professionnelle-identité universitaire.

Blin⁷⁶⁹ (1997) une définit : « *L'identité professionnelle a été conceptualisée comme un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles en deux dimensions, le « soi » et l'idéal professionnels* ». L'identité professionnelle est une structure complexe d'une cible particulière : un métier. Doray⁷⁷⁰ (1992) citant Dubar, « *Les identités professionnelles sont façonnées dans la rencontre entre des individus (l'acteur qui articule des identités forgées et des identités visées) et le monde du travail où une institution particulière, l'entreprise, propose des identités virtuelles et reconnaît ou non les identités réelles. Cette rencontre met en présence des modes vécus de travail (valeur accordée au travail et à la vie hors travail), des politiques d'emploi et de gestion du personnel, des trajectoires professionnelles constituées en outre de déplacements d'emploi et des rapports spécifiques à la formation (mode et forme de reconnaissance des titres, valorisation des différents types de savoir, etc.)* ». Les interactions socioprofessionnelles sont les pierres angulaires de cette identité professionnelle tout au long de la vie.

6- La problématique, hypothèses de recherche

6-1 La problématique

Présentation du contexte.

Nous rappelons que l'universitarisation de la formation initiale des masseur-kinésithérapeutes est un processus qui vise à intégrer la formation de ces professionnels de santé dans le cursus universitaire LMD. Cette évolution a pour objectif de garantir une meilleure qualité de l'enseignement et une harmonisation des compétences à l'échelle nationale et internationale.

⁷⁶⁹ Blin, J-F., 1997. « *Représentations, pratiques et identités professionnelles.* » Col : Action et savoir, Edit : L'Harmattan. P.

⁷⁷⁰ Doray P., 1992, « *Claude Dubar, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* », Dans cahiers de recherche sociologique 18-19, 1992, Edi : Athéna éditions, p.309

Avant ce concept d'universitarisation, cette formation était dispensée au sein de différents instituts où elle était considérée comme une formation professionnelle. Depuis quelques années, on observe une transition vers un modèle universitaire. L'enseignement n'est pas attaché à un lieu.

Cette évolution permet d'intégrer les masseur-kinésithérapeutes dans le système de l'enseignement supérieur et de bénéficier d'une reconnaissance académique. Cela implique également une évolution des contenus et des méthodes pédagogiques, en prenant en compte les avancées scientifiques et les besoins de la profession.

L'universitarisation de la formation initiale des masseur-kinésithérapeutes présente plusieurs avantages, tels que :

- Une meilleure coordination avec les autres professionnels de la santé, favorisant ainsi une approche interdisciplinaire dans la prise en charge des patients ;
- Une plus grande rigueur scientifique dans l'enseignement, en intégrant les dernières recherches et les connaissances actuelles dans les domaines impliquant une démarche thérapeutique massokinésithérapique ;
- Une meilleure reconnaissance professionnelle, tant au niveau national qu'international;
- Une harmonisation des compétences à l'échelle européenne, favorisant la mobilité des professionnels au sein de la communauté européenne des pays ayant signé les accords de Bologne.

Il est important de noter que l'universitarisation de la formation initiale des masseur-kinésithérapeutes peut varier d'un pays à l'autre, en fonction des spécificités législatives et réglementaires propres à chacun. Cependant, cette évolution générale vers une formation universitaire marque une tendance commune dans le secteur de la santé, au moins au niveau européen.

Cette universitarisation concerne l'intégration des professionnelles dans le système LMD universitaire. La durée de cette formation est d'une première année universitaire et de quatre années à visées professionnelles, donnant une équivalence de deux cent quarante ECTS, et d'une reconnaissance au grade master. Un conventionnement tripartite est signé entre les IFMK, l'université et la région. La construction identitaire professionnelle s'adapte à ce changement de formation. Elle recherche une légitimité scientifique renforcée, une autonomie et une reconnaissance académique. Elle se conforme aux exigences et aux normes universitaires. Elle cherche à développer des compétences de recherche et de se positionner par rapport aux autres disciplines universitaires. Cette nouvelle identité professionnelle s'appuiera sur les savoirs théoriques, les savoirs pratiques, professionnels et les savoirs universitaires. Elle activera l'ensemble de ses savoirs pour la qualité des soins lors d'approches thérapeutiques.

Cette modification identitaire peut être source de questionnement, de doute ou de conflit. Lors de cette formation initiale, il est important que l'étudiant se sente accompagné, soutenu et valorisé dans ce processus. Les différents échanges avec les pairs, les formateurs, les tuteurs de stages et les MK pour partager les expériences, les ressentis et les attentes doivent être un axe à privilégier. Cela confortera une légitimité professionnelle en construction. L'aboutissement de cette formation initiale est une double diplomation : le D.E en massokinésithérapie (diplôme professionnel français) et un grade master universitaire. L'identité professionnelle présentera un individu en posture de novice, la formation professionnelle continue devrait l'amener sur une posture d'expert.

Nous rappelons que cette formation ne permet pas la finalisation universitaire jusqu'au doctorat. À ce jour, il n'existe pas de filière spécifique. La CNU 91, Sciences de la rééducation et de la réadaptation, proposerait une équivalence pour une certification de docteur en sciences de la rééducation et de la réadaptation pour l'ensemble des professionnels paramédicaux de la rééducation et de la réadaptation ayant soutenu et validé une thèse (dont les MK). Cela permettrait à ce métier d'enrichir sa propre identité, et directement celle des étudiants. Une projection sur un avenir universitaire complet serait un véritable changement pour ce métier.

Nous avons avancé le terme de formation universitaire tronquée sur un point : la non création d'un parcours LMD complet spécifique pour les MK. L'identité professionnelle développée au sein de différents IFMK tient compte de cette spécificité. L'écrit de fin d'étude, « mémoire d'initiation à la recherche » est une première approche d'écritures scientifiques universitaires, avec la possibilité d'en écrire un article. Ce dernier répondra aux normes d'un article universitaire. Il peut être considéré comme le premier acte d'apprentissage de l'écriture d'une thèse.

Nous avons mis en avant la dualité de ces deux approches et nous nous questionnons sur l'impact réel de celle-ci sur la création identitaire des MK.

6-2 Questions et hypothèses

Cela nous amène à la problématique suivante :

Le processus d'universitarisation de la formation initiale en massokinésithérapie positionnera l'identité des futurs diplômés sur une identité d'étudiants universitaires, en faisant abstraction de celle développée depuis son origine : l'identité professionnelle.

Notre question principale (Q 1) :

Le défi de cette universitarisation sur l'identité des futurs MK correspond-elle à celle attendue par l'université ?

Nos quatre questions secondaires.

- Par quels processus ce concept d'universitarisation va-t-il modifier l'identité des futurs formés ? (Q 2)
- Les étudiants ont-ils intégré la notion d'universitarisation ? Et comment l'applique-t-il ? (Q 3)
- Ce changement identitaire modifiera-t-il les approches thérapeutiques des futurs MK ? (Q 4)
- Quelle place est laissée à l'identité professionnelle ancestrale ? (Q 5)

Notre hypothèse principale de recherche :

H.1 L'appropriation des normes universitaires pour l'obtention du D.E en massokinésithérapie reposera sur une posture identitaire universitaire autonome et réflexive à visée de recherche. Cette approche modifie l'identité professionnelle de ces futurs MK.

Nos hypothèses suivantes

H.2 L'identité des futurs diplômés serait plus une identité professionnelle qu'universitaire.

H.3 Les étudiants acceptent avec grande difficulté l'approche universitaire.

H.4 Les étudiants ont une approche plus dans la réflexivité que dans la pratique de gestes professionnels.

H.5 Les étudiants ne font pas référence aux pratiques ancestrales.

7- Conclusion

L'identité professionnelle des MK est une notion plurielle et instable. Elle s'étoffe tout au long d'une carrière professionnelle dans, par et pour ce métier. Celle-ci regroupe les différentes postures de ces représentants. Chaque individu est représenté par son identité personnelle.

Nous pouvons nous questionner sur une identité « type » des MK formés. Cette dernière est l'objectif de la formation initiale : la création de l'identité professionnelle de MK. Lors des premières années comme professionnel diplômé, le MK se retrouvera dans une novice, puis progressivement comme expert d'une pratique personnelle professionnelle de sa pratique. De très nombreux MK se spécialisent afin d'approfondir ou d'acquérir de nouvelles compétences sur des approches thérapeutiques particulières (Ex : rééducation périnéo-sphinctérienne, rééducation respiratoire, etc.). Cela met en avant que cette nouvelle formation peut être considérée comme incomplète. Des champs entiers sur certaines compétences ne sont pas développés au sein des IFMK.

Un MK étudiant commence sa formation soit par une première année universitaire, ou une remise à niveau (Mals voyants), une VAE, soit par équivalence d'ECTS, et enfin, par une reconnaissance de niveau Baccalauréat (ou plus) et un titre des sportifs de haut niveau. Ces étudiants porteront leur propre identité professionnelle singulière composante de leur identité personnelle. Elle est complétée par les différents temps informels et non formels retrouvés par l'ensemble de ces étudiants. Pour certains d'entre eux, ils la compléteront par des interactions ciblées sur divers temps: responsables de niveaux, responsables du bureau des étudiants (BDE), tuteurs référents, implications syndicales (FNEK). Pour ce petit nombre d'étudiants impliqués, une identité plus complexe s'en dégage.

L'approche universitaire du cycle un élaborera les débuts d'une identité « professionnelle universitaire » qui, pour certains, fait suite à la première année en licence. Ce premier cycle est plus orienté sur l'universitarisation des formés. La construction identitaire professionnelle de MK débute lors des diverses interactions en stages. Le second cycle apporte l'ensemble des buts et objectifs de sa professionnalisation. L'universitarisation complète de cette formation se retrouve sur le synopsis de la réforme de 2015. Elle se termine par un écrit de réflexion professionnelle rédigé aux normes universitaires. Lors de la soutenance de son mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude, l'étudiant expose verbalement l'ensemble des méthodologies universitaires sollicitées pour son écriture. De très nombreux mémoires explorent les nouveaux champs proposés par cette réforme : la sociologie, les sciences humaines, la transférabilité des compétences partagées, la pharmacologie, etc.

L'ensemble de ces remarques met en avant la complexité de définir une identité professionnelle standard ».

En fonction des diverses implications estudiantines au sein même de cette formation, nous pouvons avancer que l'identité professionnelle de ces étudiants n'est pas unique. Pour l'ensemble de ces étudiants, le plus petit dénominateur commun identitaire, est une identité professionnelle des approches thérapeutiques et des gestes professionnels.

Le cadre théorique de notre recherche peut correspondre aux mises en avant de points officialisant une identité professionnelle provenant d'une formation universitaire. À ce titre, nous essayerons de trouver dans les discours des personnes interviewées des verbatim correspondants aux hypothèses et questionnements avancés ci-dessus.

Troisième partie

Introduction

Cette troisième partie proposera la méthodologie de recherche choisie et les outils de l'enquête. Celle-ci a débuté dès notre inscription à l'université de Lille 3 Pont de Bois, il y a six ans, par une revue de l'état l'art prolongée sur les cinq premières années. La problématique, le questionnement et les hypothèses se sont formalisés par tâtonnement à partir de la troisième année.

Nous rappelons que cette recherche a été effectuée dans un double contexte particulier. Le premier d'ordre administratif interne à la faculté, qui a fortement bouleversé notre parcours doctoral. La validation de certains modules a été enregistrée sous l'ancien format universitaire (Agit) a été remplacée par un nouveau (Adum). Cela a perturbé les enregistrements de l'ensemble des modules que très tardivement. Le second d'ordre national et sanitaire par la crise du Covid qui a complexifié la validation de certains modules et surtout décalé l'investigation du terrain, par arrêt de tout contact avec les personnes interviewées. Cela explique notre inscription en 2022 en sixième et dernière année de formation universitaire.

Nous nous sommes rapprochés de la méthode qualitative pour l'analyse de nos résultats. La méthode qualitative est une méthode de recherche qui vise à analyser et à comprendre des phénomènes, des comportements, des faits ou des sujets. Kohn⁷⁷¹ (2014) citant Creswell, 1998 « *Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage* » La posture et le passé du chercheur doivent rester neutres. Les propos de la neutralité sur notre posture sont développés dans le premier chapitre.

La récolte des données est faite en deux temps. Le premier à titre exploratoire par un questionnaire et sept entretiens semi dirigés pour valider notre objet de recherche et cibler le cadre théorique. Puis dans un second temps par quarante trois entretiens semi-dirigés comme outil de recherche. Ces entretiens ont commencé dès 2019 pour se terminer au premier semestre 2022. La suppression de la PACES à la rentrée universitaire de 2020 a officialisé un changement de modalité d'inscription en formation initiale en massokinésithérapie. Pour cette formation initiale les futurs étudiants ne bénéficiaient plus des apports formels du second semestre universitaire de la PACES de l'option en massokinésithérapie. Nous nous sommes questionnés sur l'impact de cette réforme pour les étudiants. Ils n'arriveraient qu'avec des représentations informelles de ce métier. Cela changerait-il l'identité primaire professionnelle de ces étudiants ? Un retour sur le terrain est-il souhaitable ? Avec l'accord de notre directrice de thèse, les derniers entretiens ont été maintenus sur le même cadre théorique et les mêmes questions. Seul le discours spontané pourrait nous indiquer si cette réforme est présentée et importante pour les interviewés.

⁷⁷¹ Kohn L., 2014, « *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances* », Dans Reflets et perspectives de la vie économique, 2014/4, Tom 52, p.67-82, Edit : De Boeck Supérieur, p.69

Notre choix d'enquête s'est porté sur des entretiens semi-directifs ou semi-dirigés. Cette technique d'enquête qualitative est fréquemment utilisée dans les recherches en SHS. Il permet d'orienter en partie le discours des individus interrogés autour du thème défini par le chercheur. Le guide d'entretien est le support de cette approche. C'est un moment construit par les questions et relances du chercheur et les réponses les plus spontanées de l'interviewé. C'est un moment d'écoute, d'échange privilégiés et de partages, à la recherche de l'expertise du sujet sur le domaine exploré. Les temps de silence peuvent contribuer à une formulation posturale.

Pour Imbert (2010), citant Lincoln (1995), « *l'entretien semi-directif ou l'entrevue semi dirigée est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes*⁷⁷² ».

Nous proposerons une première analyse du questionnaire et de l'enquête exploratoire.

1- L'enquête exploratoire

Nous nous sommes appuyés sur la triple approche identitaire de Dubar pour la création du questionnaire, et sur le concept d'universitarisation. Il a été créé sous Google Forms, puis envoyé par mel aux différents acteurs ciblés. Il est composé de quarante huit questions scindées en trois parties.

- La première de la question une à la onzième, sous le titre : Le choix du métier et du cursus de formation initiale ;
- La seconde de la question douze à la trente neuvième, sous le titre : Place sociale et reconnaissance ;
- La troisième de la question quarante à la quarante huitième, sous le titre État civil.

Un large public a été ciblé. Il est constitué des : MK, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, ostéopathes, étudiants en filière Staps, et les chiropracteurs. L'ensemble de ces professionnels ont des compétences transversales et partagées avec celles des MK. Nous avons contacté l'ensemble des établissements qui proposent une formation initiale de ces métiers. Un seul refus de la part d'un doyen d'une faculté de médecine nous a été notifié. Le motif invoqué : la formation initiale des sages-femmes est une formation médicale universitaire et non une formation professionnelle. Après de nombreux échanges, en argumentant sur la mutualisation de compétences partagées, une fin de non recevoir nous a été notifiée. Ce questionnaire n'a pas été diffusé dans cette faculté. Il l'a été sur deux autres. Nous avons reçu cent vingt sept réponses toutes exploitables, dont cent vingt trois de MK, soit 23,5 % des réponses. Ce sont les ergothérapeutes qui ont le plus répondu, avec 25,8 % de réponses. Il est resté ouvert de début novembre à fin décembre 2018. Ce questionnaire et les réponses sont consultables dans le volume n°2 (Questionnaire et entretiens). Pour une lecture claire, nous mettrons entre parenthèses l'origine de la question (Q n°x).

Ce sont vingt trois étudiants de première année, vingt quatre de seconde année, quarante trois de troisième année et trente trois de quatrième année qui ont répondu. Nous avons extrait les cent vingt trois réponses des MK du fichier Excel général, puis nous les avons organisées par question et par ordre alphabétique.

⁷⁷² Imbert G., 2010, « *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie* », Dans recherche en soins infirmiers, 2010/3, n°102, p.23-43, p.24

Un premier profil identitaire est retrouvé. Ces répondants sont à 67 % des femmes (Q n°40). Un âge moyen à plus de 95 % entre 18-25 ans (Q n°41), sur l'ensemble des répondants. 25 % (Q n°4) se sont positionnés sur la reconnaissance sociale que ce métier présente, et, de 68 % (Q n°4) par le statut apporté comme professionnel du soin. À l'époque de ce questionnaire, la sélection d'entrée en formation initiale en massokinésithérapie se faisait par la PACES. Nous rappelons qu'une modification de parcours est en vigueur depuis la rentrée universitaire de septembre 2020, avec la disparition de la présentation et les validations d'UE spécifiques sur le métier de MK. À la date du questionnaire, 70 % (Q n°7) des répondants étaient issus de la PACES. À plus de 61 % (Q n°11), les étudiants ont répondu : « *Oui, mais je pense que je me formerai régulièrement* ». Lors de leurs études, plus de 58 % (Q n°12) d'entre eux se considèrent comme étudiants, et pour les 39 % restants comme des professionnels. Mais c'est à plus de 65 % (Q n°13) qu'ils sont reconnus par cette formation initiale comme des étudiants. Pour les formateurs et les équipes pédagogiques, ces jeunes sont reconnus à 44 % (Q n°14) comme des étudiants et, à près de 62 % comme des futurs collègues, ou des futurs professionnels. L'étudiant se positionne à plus de 54 % (Q n° 15) comme un des acteurs de la rééducation. Par les questions 16, 17, 18 les étudiants répondent majoritairement sur l'existence de compétences partagées, et par les questions 19 et 20 que différentes approches thérapeutiques peuvent s'effectuer sans prescription médicale en respectant les derniers cadres juridiques. Différentes postures sont avancées. Différents groupes « professionnels » sont reconnus, avec leurs propres postures. Il est acté une « marque de respect » par rapport à l'utilisation du tutoiement et/ou vouvoiement en fonction d'un titre (Docteur, MK) (Q n° 21 à 24), et une hiérarchisation professionnelle. Les étudiants arrivent à se projeter dans un avenir après le diplôme. C'est à plus de 55 % (Q°32) qu'une activité libérale complète est validée, une activité mixte (Salaire-libérale) ou salarié à temps complet complète les réponses. Le positionnement social ne peut être validé, comme un revenu moyen (Q n°36 et 37).

Les résultats de ce questionnaire mettent en avant une posture reconnue des étudiants de cette formation initiale. Pour une grande majorité et par les réponses apportées, ils ont intégré une identité professionnelle en construction. Ils seront véritablement reconnus comme MK après le diplôme. Ils arrivent à se positionner par rapport aux autres professionnels de santé et de la place qu'ils occupent. Mais ils ne sont pas en capacité de se situer sur une échelle sociale et d'un positionnement sociétal. Nous n'avons pas fait d'analyse croisée dans ce groupe professionnel. Cela pourrait être un sujet à explorer. Nous retrouvons sensiblement les mêmes réponses par les différents acteurs qui ont répondu à ce questionnaire. Cette première analyse de ce groupe complet de paramédicaux et médicaux (Sages-femmes) met en avant des points communs d'une identité commune.

1-1 Les premiers entretiens exploratoires

Entretiens exploratoires						
Prenom	Lieu	Statut	Genre	Age	Année Entretien	durée
Pierre	Cabinet Kiné	Retraité	H	63	janv-20	1h28
Anne	institut d'ergo	Formatrice Ergo	F	41	janv-20	1h08
Joël	IFMK	Formateur Kiné	H		janv-20	1h33
Juliette	Lycée	Lycéenne	F	19	nov-19	1h43
Petter	IFMK	K1	H	20	janv-19	1h27
Caroline	IFMK	K4	F	24	janv-19	1h45
Julien	Faculté de médecine	PACES	H	19	janv-19	1h17

Tableau n° 12 : Liste des entretiens exploratoires.

L'ensemble de ces entretiens ont été enregistrés, anonymisés et retranscrits avec l'accord des personnes interviewées. La parité homme-femme est presque respectée.

Les entretiens reposent sur neuf questions principales. La première sur une présentation personnelle et professionnelle des interviewés. En fonction des premières réponses apportées, ce sont les questions suivantes qui sont posées, avec des relances ciblées :

- Deux questions sur la connaissance du métier de Mk, et la posture d'un MK.
- Deux questions sur la connaissance de la formation initiale en massokinésithérapie, et sur les études universitaires de cette formation.
- Deux questions sur la reconnaissance du MK par rapport aux autres intervenants des métiers du soin et de la place occupée dans le monde médical.
- Une question de « pré-clôture » sur une définition du métier de MK,
- Une dernière question pour recueillir une synthèse des points principaux autour du sujet exploré.

Cette trame a été majoritairement respectée, dans un ordre répondant aux premiers propos des interviewés. L'accueil a été chaleureux. Pour une grande majorité d'entre eux, cet exercice a été riche mais trop court.

Nous avons construit les questions au regard des trois axes décrits par Dubar et du concept d'universitarisation.

Les deux étudiants MK sollicités précisent que leur identité professionnelle est en cours de construction. Pour Pierre (K1), « *Ouais, je pense que je le suis déjà un peu, depuis que j'ai fait mon stage chez mon kiné, j'ai comme l'impression que je suis fait pour ça, mais je ne sais pas pourquoi* ». Mais il fait une différence entre avant et après le diplôme, « *un vrai kiné, déjà après mon diplôme, puis un bon kiné après plusieurs années de pratiques. Ici on nous donne les bases, mais c'est à nous de nous transformer pour être kiné.* ». On retrouve des propos similaires dans ceux de Caroline (K4), « *je pense que je suis kiné depuis mon premier stage* », et elle complète par « *c'est plus on peut dire que je suis une kinée en fin de formation, avec mon diplôme je pense que je le serai au ¾ kinée* ». On retrouve les mêmes propos sur cette notion de « vraie identité comme Mk » après le D.E. Elle précise que « *c'est vrai que c'est le diplôme qui fait officiellement de moi une kinée* ». Ces deux étudiants affichent clairement un processus de construction d'une « vraie » identité professionnelle, dès les débuts de la formation. Pour Julien (PACES), précise que c'est par « *sa professionnalisation débutante de première année qu'il est Mk* ». La représentation de sa propre identité professionnelle est identifiée par ces trois acteurs de cette formation initiale. Cette identité ne sera validée que par l'obtention du D.E et s'étoffera tout au long de la carrière comme MK.

Les étudiants MK et les MK font partie intégrante du monde médical. Pour l'ensemble des interrogés, ce métier est non généré. Nous pouvons en ressortir un profil « type ». Juliette (lycéenne en terminale) un MK « *c'est un homme qui fait de la rééducation, vous ne connaissez-pas ? On les voit à la télé pour le tennis à.....Roland Garros, et pour les personnes ils les font marcher.*» Juliette complète son regard sur le MK, « *il faut être grand, ils font de la rééducation, il ne faut pas être malade pour voir un kiné, ils s'adressent aux jeunes comme aux moins jeunes, et font travailler sur des machines* ». Cette jeune a une image des MK relayée par des sources « non professionnelles ». Elle visualise les interventions des MK au regard « *des bracelets rouges, intouchables et d'autres séries* » Ces représentations informelles positionnent le MK comme un professionnel dans une dynamique d'action vers l'autre. Pour Pierre (retraité), un MK a : « *son D.E, fait de la rééducation, ne*

compte pas ces heures qui jongle entre sa vie personnelle et professionnelle, qui se forme ». Son regard « d'ancien » conforte nos premiers propos sur « une vraie identité professionnelle » par le D.E. Anne (formatrice ergo) décrit un MK comme « *un homme ou une femme avec une bonne composition constitution physique diplômé d'état qui travaille soit en cabinet ; qui prend en charge des patients pour de la rééducation fonctionnelle et motrice ; qui peut-être aussi un formateur ».* Joël (formateur kiné), apporte les mêmes constats que les autres interrogés. Il rappelle que de nombreux étudiants arrivent avec une image du métier, « *oui tout à fait, et donc ceux qui sont déjà kiné en arrivant ici, quand je dis kiné, c'est-à-dire qu'ils ont soit eu des séances à titre personnel, soit vu des séances dans leur famille pour leurs des copains ».*

Définir le profil type d'un MK semble très complexe. Un point commun ressort : pour être MK il faut être diplômé. Il officie dans le monde de la rééducation, sans rapport verbalisé avec le monde médical. Il y aurait une identité préexistante des formés (nos travaux de 2019 et confirmée par les propos ci-dessus) qui ne reposerait que sur les actions et interventions des MK, sans visualisation verbale d'une reconnaissance sociale. La motion d'un salaire est très peu exprimée, et ne semble pas une priorité identitaire pour ces formés.

La reconnaissance de la formation initiale est retrouvée pour tous comme une formation après le baccalauréat. Puis en fonction des postures des interviewés, elle est reconnue comme formation universitaire. Les trois étudiants se sont appropriés cette universitarisation. Petter (K1), « *la fac elle est là pour assurer la validité du D.E c'est bancal, notre DE n'est pas un diplôme d'université, mais on a une équivalence, je crois M1 ».* Il précise sa vision de l'université, « *waouh, j'avance dans ma pensée, ce que je viens de dire, c'est que notre formation est coupée en deux, la Fac pour ce que je viens de dire et l'IFMK pour la kiné, je ne l'avais pas vu comme ça, en gros pourquoi la Fac est là si ce n'est que pour recruter des chercheurs, elle pourrait le faire directement avec une filière universitaire en rééducation comme en Espagne ».* Pour Caroline (K4), sa longue réflexion est commune aux autres interrogés et résume de nombreux points sur les rôles et fonctions des apports universitaires, « *Ah oui on est à l'université ici, juste pour la forme, l'inscription à la Fac et plus de celle de l'école, et cela valide notre DE à une équivalence universitaire, on a quelques matières dites de l'université, mais c'est loin de notre métier, je veux bien que l'on soit tous à la sécu, mais son fonctionnement on n'a pas besoin d'autant de cours pour comprendre, et puis il y a les cours de socio, là c'est bien, mais si vous ne lisez pas à côté vous ne pouvez pas tout comprendre, les relations interhumaines sont complexes et cela permet de comprendre et de voir nos patient avec un autre regard, cela nous met en garde des dérives de certains patients et même des kinés, comme des refus de prendre en soin certains profils de patients, d'éviter les transferts patient-soignant ou soignant-patient, de ne pas confondre gestes professionnels et gestes personnels voir intime, bon vous avez compris, on ne drague pas au cabinet et cela dans les 2 sens, mais bon, il paraît que beaucoup de kiné ont trouvé dans leurs patients leur femme ou leur mec, mais bon, si on y pense notre métier est bien plus complexe que ça, on passe notre temps à toucher les autres, ils se déshabillent, et certaines rééducations sont très intimes, vous voyez. » Pierre pose son regard de retraité actif dans le métier. L'universitarisation de la formation initiale le questionne : « *Ok, la prochaine réforme nous apporte quoi de plus ? Rien, juste des enseignements provenant de l'université, comme l'économie en santé, un peu d'approche théorique en socio sur les concepts médicaux, disparition de l'apprentissage de nos pratiques, et surtout perte de notre indépendance avec la signature de mise sous tutelle des IFMK, pour une finalité de validation des diplômes. Comment expliquez-vous qu'un universitaire valide un DE, désolé, je voulais dire un diplôme d'état ».* Sa reconnaissance comme « expert » de ce métier positionne son regard comme*

très pertinent. Son point de vue, est à ce jour toujours d'actualité : « *en réalité, lorsque tous les kinés seront capables de faire corps de métier comme les médecins, on pourra proposer quelque chose. Pour l'instant, c'est la guéguerre entre les 3 syndicats, l'ordre et les conseils départementaux, le ministère et les IFMK, les étudiants, personne n'a le même objectif. Pour l'instant chacun défend son pré carré et cela fait le bonheur de l'université qui se place doucement, si j'ai tout suivi, on ne passera plus par la PACES, et hop on sort du monde médical, pour passer par une filière universitaire en plus, pour pouvoir intégrer un IFMK, si vous suivez bien, on n'a plus accès directement à nos futurs étudiants, se sera la fac qui fera le tri, je crois que cela passera par Staps, et là on marche sur la tête, c'est en fonction d'un classement que l'on pourra postuler dans un IFMK, les bons eux pourront continuer à la Fac, les autres en kiné, c'est encore une fois la place de second qui nous est attribuée, et là personne ne bouge.* » Il confirme que ce processus change l'identité professionnelle des futurs MK, tout en restant construite dès la formation initiale. Il se questionne aussi sur la validité identitaire de certains MK qui n'officent plus comme MK, et des tuteurs de stages hospitaliers : « *je connais des kinés formateurs, ils n'ont plus de cabinet ou d'activité, ils sont syndiqués etc., alors comment voulez-vous qu'ils contribuent à ce que vous appelez notre identité professionnelle, si la dessus vous ajoutez les tuteurs des stages, stages qui se passent presque tous à l'hôpital, alors que notre métier est en ville.* » Il cible bien que l'identité professionnelle se construit d'interactions de professionnels actifs et par la pratique manuelle du métier. Cette définition de la pratique manuelle est retrouvée sur l'ensemble des interrogés (*travail avec les mains, il pose ses mains sur ma jambe, il nous touche, etc.*) Joël (Kiné formateur) a un regard de « l'intérieur » sur la construction identitaire des étudiants. Pour lui l'identité professionnelle, « *je dirais que ce sont des formateurs kinés qui transmettent 98 % de cette identité, je pense qu'un universitaire en sociologie, même s'il a eu des séances de kiné dans sa vie n'est pas dans ce que j'appellerai l'intimité du métier pour pouvoir transmettre correctement le métier, c'est comme si on faisait du compagnonnage pour les, pour les ébénistes par exemple et je pense que les kinés qui sont encore sur le terrain que ce soit en cabinet ou l'hôpital ce sont eux les plus pertinents quand je disais kiné je pensais aux kinés qui sont ici formateurs avec une activité à côté donc si tu m'écoutes bien je suis peut être un bon formateur ici mais à 50 % par moments que de réalité avec le terrain on voit bien et même si je m'informer et me forme régulièrement par des lectures et quelques formations à côté je ne sais plus ce qui se pratique sur le terrain.* » Nous retrouvons par ces propos, un résumé sur le concept d'universitarisation dont un partenariat IFMK et une université, des apports théoriques, et le concept de la recherche. Cela met en avant que cette dernière participe peu à la construction identitaire des futurs masseurs kinésithérapeutes. Les formateurs masseurs kinésithérapeutes toujours en activité sont les acteurs majeurs de cette construction identitaire. Une identité professionnelle actée à l'entrée en formation initiale se développera à une grande majorité par les interactions étudiants-étudiants et étudiants-formateurs tuteurs MK.

Nous concluons cette première approche par la définition de ce métier proposée par Pierre (retraité)

« *Tout simplement, la kinésithérapie est un métier au contact de personnes ayant un problème de santé transitoire ou définitif. On les accompagne dans leur rééducation. Les études sont longues, 5 ans, mais les résultats est la après le diplôme, on est libre de travailler où l'on veut, comme on veut. Il faut aimer rencontrer les gens avec ce profil de malade, Il faut aussi aimer entrer dans l'intimité des personnes, et ne pas avoir peur de travailler. Il y a bien des contraintes familiales, mais notre autonomie sert aussi à cela, gérer vie privée vie et professionnelle, et il est vrai, nous avons un revenu plus que correct. De plus, c'est un métier où il n'y a pas de chômage. Je vous ai convaincu ».*

Au regard de ces retours, nous avons construit notre problématique, la question principale et les secondaires et émis des hypothèses.

1-2 L'enquête de recherche

Entretiens de recherche						
Prenom	Lieu	Statut	Genre	Age	Année Entretien	durée
Groupe des "anciens"						
Jules	Cabinet	MK libéral	H		mars-21	1h53
Pierre	Cabinet	Retraité	H		mars-21	1h55
Groupe des formateurs						
Patrick	IFMK	Formateur K1-MK Libéral	H	34	janv-21	1h59
Philippe	IFMK	Formateur-kine lLibéral M2 sciences de l'éducation	H	45	janv-21	1h57
Eric	IFMK	Formateur-kiné libéral Docteur en biomécanique	H	50+	janv-21	1h58
Luc	IFMK	Fomateur Médecin généraliste	H	55	janv-21	2h00
Martine	IFMK	Formatrice Chir Ortho.	F	48	mars-21	1h55
Joëlle	IFMK	Formatrice Ergo	F	35	mars-21	1h57
Loïc	IFMK	Ostéopathe	H	35	mars-21	1h57
Léa	Faculté de Médecine	Docteur en sciences du mouvement	F	55	01-févr	1h58
David	IFMK	Formateur-Rhumatologue	H		févr-21	2h00
Groupe des patients						
Pierre	Cabinet	Patient	H	50	juin-21	1h57
Jules	Cabinet	Patient faureuil roulant	H	33	juin-21	42 mn
Yann	Cabinet	Patient	H	16	juin-21	50 mn
Thomas	Cabinet	Patient	H	18	juil-21	48 mn
Louis	Cabinet	Patient	H	22	juil-21	1h01
Annie	Cabinet	Patient	F	33	juil-21	1h12
Marie	Cabinet	Patient	F	40	juil-21	1h12
Elsa	Cabinet	Patient	F	20	juil-21	1h01
Catherine	Cabinet	Patient	F	69	juil-21	58mn
Martine	Cabinet	Maman accompagnatrice BB	F		janv-21	57 mn
Groupe des étudiants						
Charlotte	Lycéenne	Lycée	F	18	nov-20	1h12
Julie	Lycéenne	Lycée	F	17	nov-20	1h58
Rose	Faculté de médecine	PACES	F	20	mai-20	1h43
Claude	Faculté de médecine	PACES	H	19	janv-21	1h54
Pierre	Université	STAPS	H	21	janv-21	1h42
Patricia	Université	STAPS	F	21	janv-21	1h152
Jean	IFMK	Etudiant K1	H	20	janv-21	1h10
Juliette	IFMK	Etudiante K1	F	20	janv-21	1h16
Jules	IFMK	Etudiant K2	H	20	janv-21	1h12
Annie	IFMK	Etudiante K2	F	22	janv-21	1h55
Étienne	IFMK	Etudiant K3	H	24	janv-21	1h55
Christelle	IFMK	Etudiante K3	F	22	janv-21	1h27
Jules	IFMK	Etudiant K4	H	23	janv-21	1h57
Julianne	IFMK	Etudiante K4	F	24	janv-21	1h48
Muriel	IFSI	Etudiante 1ère année	F	19	janv-21	2h00
Frédéric	IFSI	Etudiant 1ère année	H	20	janv-21	1h39
Katherine	Ecole d'Ergothérapie	Etudiante 1ère année	F	19	janv-21	1h20
Julianne	Ecole d'Ergothérapie	Etudiante 3ème année	F	24	janv-21	1h20
Paul	Ecole d'ostéopathie	Etudiant en 5ème année	H	29	janv-21	1h58

Tableau n°13 : listing des interviewés

retranscrits verbalement sur fichier Word, puis convertis en PDF. En utilisant l'outil de recherche, une sélection des mots, des verbes, des synonymes (etc.) a été programmée pour en faire ressortir une fréquence.

La récolte des données a été fortement perturbée par la crise du COVID. L'analyse des résultats sera proposée dans le chapitre suivant.

Celle-ci se compose de quarante entretiens semi-dirigés. Nous nous sommes appuyés sur l'approche exploratoire afin de constituer notre échantillon. Ce tableau présente l'ensemble des interviewés. Le groupe le plus important correspond à notre sujet, des étudiants. Nous avons respecté la parité homme-femme, à l'exception du groupe des anciens. Cet échantillon très large à pris en compte les quatre niveaux d'études de cette formation initiale, la première année universitaire via la PACES, (qui à ce jour a été remplacée par une validation d'ECTS d'une première année universitaire ciblée). La méthodologie repose sur les mêmes questions des entretiens exploratoires. L'analyse se fera par le sur lignage différent des mots, des expressions, et des phrases du sujet exploré. Cette méthodologie est proposée par « la non maîtrise » d'outils d'analyses informatiques (Iramuteq).

L'ensemble des entretiens ont été

1-3 Conclusion

Métier	Nombre de votant	Pourcentage
MK	123	23,473
Ergothérapeute	136	25,954
Sages femmes Maïeutique	31	5,916
Filière Staps	1	0,19
Orthophoniste	83	15,839
Ostéopathe	10	1,908
Psychomotricien	60	11,45
Infirmiers	80	15,27

Tableau n°14 : Répartition des votants du questionnaire

Les 524 répondants ont complété la totalité du questionnaire. Les réponses apportées sont sensiblement identiques à celles mentionnées par les MK. À titre d'exemple, les ergothérapeutes pour la question n°4, se positionnent à 19 % sur « la reconnaissance qu'il apporte » (25 % pour les MK) et à 74 % « pour son statut dans le soin » (68 % pour les MK). Se positionner de la sorte fait preuve d'une connaissance du métier avant l'entrée en formation initiale.

Ce positionnement indiquerait une présence identitaire professionnelle. Celle-ci repose-t-il sur les savoirs informels ? Nous pouvons aussi considérer que chaque répondant à la notion de son corps de métier et de sa propre identité professionnelle.

Cette méthodologie « à l'ancienne » est une des limites de ce travail. L'analyse linéaire est réalisable sans trop de contraintes, les analyses croisées sont plus complexes. L'analyse du questionnaire s'est faite par des copier-coller par question et par métier. L'analyse des verbatim a été réalisée par la recherche ciblée sur le format PDF.

Quatrième partie

Résultats et analyses de la recherche. Interprétation et discussion autour des résultats obtenus

Introduction

L'analyse des entretiens se présentera sous deux chapitres et une conclusion. Le fil conducteur sera l'identité professionnelle des étudiants et des MK.

L'identité professionnelle des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie se construit sur les bases des premières empreintes informelles de la vie personnelle du formé. Celle-ci se complète lors des nombreuses interactions entre les formés eux-mêmes, le formé et les formateurs, le formé et le patient, le formé et l'ensemble des acteurs du monde médical. En fonction de la posture des individus, cette identité peut-être perçue différemment. En début de formation, un étudiant aura une vision fantasmée de son futur métier. Puis progressivement, par des déconstructions et des reconstructions identitaires, il se forgera une identité professionnelle débutante propre à chaque étudiant. La vision de sa propre identité sera perçue différemment selon les personnes qui le côtoient, ou le connaissent. Cette identité professionnelle personnelle participe à une identité collective du groupe professionnel des MK, et à celle du groupe professionnel des paramédicaux. Cette identité participe au positionnement social et sociétal. Ces entretiens ont amené les interviewés à s'exprimer sur l'ensemble de ces points.

Pour l'analyse, nous nous appuyons sur le cadre réglementaire de la formation initiale. Celle-ci met en avant trois points principaux qui seront les bases de notre réflexion : le champ d'intervention dans le soin, le champ d'intervention dans la rééducation et la formation initiale universitaire. Nous nous

proposons de mettre en avant ces trois points dans les quatre groupes formés lors de nos entretiens : le groupe des anciens, des patients, des formateurs et des étudiants.

Le premier chapitre reposera sur la vision identitaire des MK et des étudiants par l'ensemble des interrogés, à l'exception des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie. Cette analyse devrait nous amener à la définition « d'un profil type de MK ». Cette analyse explorera la connaissance de la formation initiale et celle du métier (Formation universitaire, positionnement social, pratiques, etc.). Ce profil type devrait définir une identité professionnelle vue par autrui.

Le deuxième chapitre sera consacré le cœur de notre recherche : la construction identitaire professionnelle des formés. Elle sera rapprochée aux attentes des étudiants, des équipes pédagogiques en IFMK et de « l'université ». Elle permettra de se positionner sur notre problématique et d'apporter des réponses à notre questionnement.

La conclusion sera l'occasion de proposer des pistes de développement au regard des résultats.

1- L'identité professionnelle des étudiants et des MK décrite par le regard des interviewés.

La première approche explore le positionnement du MK dans le monde de la santé. Comment est-il identifié par rapport aux autres professionnels. L'ensemble des interviewés connaissent la signification de Masseur Kinésithérapeute et de ses différents champs d'interventions sous le mot : rééducation. Cette reconnaissance s'exprime différemment en fonction des personnes sollicitées. On retrouve dans tous les discours des questionnés un rapprochement entre MK et rééducation. Pierre (groupe patient) précise « *Pourquoi je vous ai dit kiné rééducation, tout simplement parce que c'est son métier, il fait de la rééducation* », et pour Yann (groupe patient), « *c'est ce que je vous disais tout à l'heure. Ils n'apprennent que les maladies qui ont besoin de rééducation* » et nous compléterons par les propos de Luc (Formateur), « *je dirai qu'un kiné a comme compétence principale de proposer de la rééducation à des personnes en perte d'autonomie physique, et quand je dis physique, un déficit respiratoire entraîne un déficit musculaire, donc les champs de compétences sont très larges* ».

Cette vision par « autrui » (Dubar, 2000) correspond-elle à une posture dans le soin, ou « du prendre soin » (Rothier Bautzer, 2012). La notion de « soin » (Morvillers, 2015) positionne l'approche thérapeutique du soignant dans le paradigme du Care. Les approches thérapeutiques proposées par ce métier sont-elles considérées comme un soin par les interviewés ?

Notre première approche a été d'évaluer l'utilisation du mot « soin » et « rééducation » sur l'ensemble des interrogés. Nous rappelons que le mot « soin » est retrouvé plus de cent quarante fois (au masculin et au pluriel confondu) dans l'arrêté de 2015 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute (Ex dans : Activités détaillées, 6 : Organisation et coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée, organisation des activités de soin de masso-kinésithérapie). Le soin est une action par laquelle on soigne un individu (Le Robert), par rapport à un état antérieur de bien-être. Nous rappelons, que de l'enquête exploratoire, Juliette (lycéenne en terminale) précise « *qu'il ne faut pas être malade pour voir un kiné* ».

Groupe	Soins	Rééducation
Les Formateurs		
Tous	24	112
MK	8	25
Docteurs	4	40
Ergothérapeute	5	22
Ostéopathe	3	6
Docteur Sciences du mouvement	4	19
Patients		
Patients	10	273
Anciens		
Anciens	9	57
Groupe Etudiants		
Tous	67	285
Forum des métiers	7	36
PACES	0	69
Staps	4	90
Infirmière	50	39
Ostéopathe	2	9
Ergothérapeute	4	53
Tableau n°15 : verbalisation des mots soins et rééducation		

La notion de soin est-elle substituée par un autre terme ? L'ensemble des interrogés assimile le MK à une prise en charge pour de la rééducation. Ce mot est mentionné plus de soixante fois dans le décret, et sept cent vingt sept fois par les sondés au regard du tableau ci-joint. Une première image identitaire est décrite par la notion de « spécificité d'intervention de ce métier ». Cette identité marque son originalité par une vision d'approches, d'actions, de gestes professionnels spécifiques. Louis (groupe patient) fait une différence entre le soin dispensé par une infirmière, « *je suis là parce que je sors de mes soins, [...], je viens pour mes pansements et c'est avec l'infirmière* » et la rééducation proposée par son MK, « *un kiné il vous fait bien de la rééducation.* » Chaque groupe a-t-il la même vision des mots soin et rééducation, ou existe-t-il des approches plus spécialisées ?

Nous poserons un regard sur le groupe des « anciens », puis des patients, des MK, des formateurs, et des groupes étudiants à l'exception des étudiants en formation initiale.

a) Le groupe des anciens

Les deux membres du groupe des anciens, mettent en avant la notion de soin pour les MK. Pierre mentionne qu'« *on est connu comme un des acteurs du soin* ». Il précise que cette reconnaissance fait appel à l'autonomie et la réflexivité de ces professionnels, « *on est en capacité de proposer les soins les plus adaptés au patient* », et Jules mentionne qu'il « *apporte des soins de qualité* » à ces patients. Ces deux personnes précisent que leurs interventions sont « *des soins réglementés par la sécurité sociale* ». L'autonomie d'intervention en est limitée par la réglementation. Ils avancent que cette limite repose sur le remboursement des soins et non sur une approche thérapeutique. Les soins dispensés répondent aux actes professionnels codifiés. Jules précise que son autonomie ne se retrouve qu'après le BDK « *Oui, on a ce que l'on appelle le BDK. C'est un bilan spécifique au kiné. Et qui va mettre en avant ce que l'on va proposer pour faire la rééducation.* » Il mentionne qu'il n'y a pas d'autonomie totale par manque de repère dans la formation initiale, « *il faudrait être en capacité de faire un bilan clinique complet, chose qu'on ne nous apprend pas* ». C'est à ce titre que nous nous sommes exprimés sur une autonomie « tronquée » proposée par l'universitarisation de cette formation initiale. Pierre rappelle, « *bon, je crois que je n'ai pas le droit de dire le nom donc d'un des directeurs d'IFMK de Paris, que de toute manière on n'aura jamais une branche à l'université pour la kinésithérapie* ». Pour y parvenir, Jules propose de se rapprocher des infirmières, « *regarder les infirmières. Elles ne sont pas à la fac. Elle ne passe pas par la première année de médecine. Elles ont gardé leur cursus et là, depuis peu, elles vont mettre en œuvre leurs pratiques avancées. La démarche n'est pas bête. Donc elles sont, et ça, j'ai suivi, elles sont obligées de se former sur un an. Et non pas sur les soins, mais plutôt sur le diagnostic, qui n'est pas qu'un diagnostic infirmier mais qui est en train de devenir un diagnostic pré médical* ». Pour ce professionnel, que l'on pourrait

considérer comme expert de ses quarante années de pratique, rapproche l'autonomie des paramédicaux à la capacité de diagnostic médical. Cela pourrait se retrouver dans le cursus complet LMD de cette formation initiale. Ces deux professionnels emploient le terme rééducation pour décrire l'ensemble des techniques proposées lors d'une séance qui « *aboutissent à la guérison du patient* ». Pierre en fait une liste non exhaustive, « *la rééducation, la kiné active, la kiné passive et toutes les batteries d'exercices, le massage* ». La rééducation ne serait qu'un choix de soins mis à disposition pour le patient. Ces deux MK reconnaissent que certains autres professionnels pratiquent des actes en dehors du champ de la rééducation. Jules mentionne des compétences partagées avec « *les sages-femmes, les ergos, les psychomoteurs, et les orthophonistes* » et il conclue « *Donc oui, il y a d'autres métiers qui font de la rééducation, [...] on n'est n'y des concurrents, on est juste complémentaire parce qu'on n'intervient pas au même moment.* » Pierre y ajoute les orthoptistes. Le monopôle de la rééducation n'est pas attribué qu'aux MK. Ce mot générique, rééducation, est utilisé pour une action afin de rétablir un usage normal d'une fonction, d'un membre, d'un organe ou d'une pensée. Lorsque l'objectif ne peut être atteint, cette rééducation a pour but d'arriver à utiliser au mieux les fonctions restantes. Jules mentionne lui aussi l'image véhiculée par les médias, « *qui fait de nous que nous sommes plutôt des kinésithérapeutes du sport, par la télé pour Roland Garros, et par exemple le rugby* ». Cette représentation via les médias, est souvent avancée par les futurs étudiants. Ces deux professionnels connaissent la nouvelle réforme. Ils en maîtrisent parfaitement le contenu, et les modifications apportées par rapport à la réforme antérieure, jusqu'à la double certification : D.E et grade master. Jules en mentionne des limites, « *Moi, j'ai eu des stagiaires il y a encore quelques années qui étaient à Saint-Maurice et qui faisait de l'initiation à la recherche pendant leurs études et cela me faisaient beaucoup rigoler. Ils passaient leur temps à lire, à regarder les articles scientifiques, à les comparer, et à essayer de les adapter sur la pratique. Et c'est là où ça coince. Ce n'est pas le reflet du tout de notre pratique* ». Le reflet de ce métier serait pour cet « ancien » l'approche manuelle : « *c'est vrai qu'il me pose beaucoup de questions. Ils sont toujours à la recherche de l'article qui expliquerait pourquoi sur cette pathologie, j'ai fait un exercice, moi je leur dis que le seul article que j'ai c'est l'article que je fais avec mes 2 mains* ». Pierre est dubitatif sur le rapprochement entre la formation initiale et l'université : « *Ah oui, c'est vrai, je ne vous avais pas dit que soit disant, on est à l'université* ». Pierre confirme ces propos par, « *elle n'est juste dite qu'universitaire* ». Ils expriment les incohérences entre la double certification, et l'articulation entre la formation professionnelle et la formation universitaire. La formation universitaire aurait comme objectif « *tout simplement pour emmener les étudiants à faire de la recherche* », Jules. Pour Pierre, « *donc pour cela il faut faire de la recherche* ». Ces deux experts font un rapprochement entre le coût de la scolarité et l'université. La formation universitaire proposerait une égalité territoriale des fais de scolarité. Cela serait le seul point positif de cette formation universitaire.

Les propos de Pierre mettent en avant le découpage en deux cycles de cette formation initiale, « *si c'est ce que je vous disais, les stagiaires quand ils viennent ici, ils sont toujours à la recherche du dernier texte scientifique, et de regarder si ça correspond bien à l'EBM et l'EBP. Et là où ils ont un peu de mal à comprendre, plutôt les 1^{ère} et 2^{ème} années, les 3^{ème} et les 4^{ème} années, eux, ça y est, ils ont intégré avec la quantité de stage qu'ils ont fait, ils commencent à pratiquer le métier* ». L'empreinte universitaire se retrouve dans la justification bibliographique de l'approche thérapeutique (cycle un) et l'empreinte professionnelle par la mise en action de cette approche. Cela le questionne, « *donc est ce que l'on a besoin d'aller regarder les derniers textes en vigueur.* » Son raisonnement est avancé par le rapport entre sa longue carrière, et sa réflexivité construite sur ses domaines de compétences

spécifiques à l'identité de son activité. Il l'exprime par : « *donc, il arrive un moment où vous connaissez plus ou moins ce qui va marcher comme traitement* ».

La posture de ces deux personnes pourrait être un biais. Si Pierre est un retraité du métier, ces deux interrogés sont toujours fortement impliqués professionnellement. Leurs regards portés mettent en avant une image « réaliste » des diverses interventions des MK. Ils font preuve d'une grande maîtrise sur cette nouvelle formation, tant sur le contenu que sur les tenants et aboutissants de celle-ci.

Leurs propos apportent un regard sur la reconnaissance « d'autrui » de l'identité professionnelle des MK, et pour Pierre de la progression de la création identitaire des étudiants. Celle-ci fait ressortir une identité singulière en construction par les diverses interactions entre les étudiants et les différents acteurs de la rééducation. La notion d'appartenance au monde du soin n'est pas retrouvée. Cette identité professionnelle est décrite plus comme une identification à la pratique gestuelle qu'à une approche réflexive. Cette dernière serait plus activée en début de « carrière », pour progressivement laisser place à « des habitudes » de pratiques. Celles-ci sont fondées sur un ressenti des patients sur une efficacité personnelle de l'intervention. Jules précise que, « *et je ne sais pas comment ça fonctionne, mais tout ce que je sais, c'est que mes patients, eux, quand ils ont fini leurs séances ils sont contents de la rééducation* ».

b) Le groupe patients

Ce groupe met en avant une connaissance de ce métier par une prise en charge personnelle d'un MK pour de la rééducation. Par exemple, Jules précise, « *Je suis en fauteuil roulant. Je viens pour mes séances de rééducation* », et pour Annie, « *Et moi, je suis là parce que je viens pour mes séances de rééducation après accouchement* ».

Pour deux d'entre eux (Annie et Louis) le mot soin est mentionné. Pour Louis, ce terme est employé quatre fois par l'action proposée de « son » infirmière. Il fait une différence entre « soin » et « rééducation ». Cette dernière commencera « *après sa cicatrisation* ». Annie précise qu'un MK propose des soins : « *on se fait prendre en soin par quelqu'un qui a le diplôme et là si c'est le diplôme de Kiné donc c'est valorisant aussi de se dire en tant que patient bah j'ai fait, j'affaire à un expert de la rééducation* ». Cette personne positionne la rééducation comme un soin. Pierre mentionne que son MK est un acteur du soin, « *Même si le planning est complet et s'il pense que les soins sont urgents, il les prend en soin un peu plus tôt le matin, soit un peu plus tard le soir* ». Martine est la seule personne à identifier l'origine du soin. C'est son médecin traitant qui en fera la demande et qui ciblera le destinataire, « *De toute manière, je fais confiance à mon médecin, et il ne faut pas oublier que ce n'est que lui le prescripteur des soins, au moins en France* ». L'apport de ces positionnements n'est pas significatif pour une assimilation du soin par mes MK. La reconnaissance de ce mot, par 20 % des sondés, n'est pas significative comme représentation d'une action de MK.

Pour l'ensemble de ces interrogés, l'action thérapeutique principale d'un MK ne serait pas un soin. La recherche du mot rééducation est proposée par une question lors des entretiens. Elle est posée à chaque entretien, souvent à la fin de ceux-ci : « *pouvez-vous me donner spontanément 3 mots qui caractériseraient un kiné* ». Après la réponse, il est demandé d'étoffer les termes avancés, puis d'en préciser la relation entre eux et le MK. À cette question, prêt de 85 % des interrogés mentionnent le mot « rééducation. » Il est retrouvé deux cent soixante treize fois. Cette rééducation est « *une suite de nombreuses séances.* » (Elsa) ou « *une suite de séances de rééducation* (Marie) ». On

retrouve comme mots associés : « gentil, disponible, professionnel, homme, courageux, diplômé, musclé, mouvement, renforcement musculaire, spécialiste, muscle, patience ». Puis dans les différents développements, on découvre les propos suivants. Pour Jean Pierre, « mon kiné est gentil tout simplement parce qu'il m'écoute et il monte mes courses, [...] mais il a de la poigne quand il vous fait travailler [...] et il a toujours été disponible quand j'avais besoin de lui, il s'est toujours débrouillé pour me trouver une place ». Pour Yann un MK, « est quand même très musclé, il faut quand même qu'il me bouge, qui me manipule, qui tire sur ma jambe. » Elsa précise qu' « un kiné doit être très patient pour gérer tous ces patients qui n'ont pas le même caractère. Il doit être aussi patient si la rééducation n'avance pas ». Il n'est pas fait mention d'un métier genré. Il est retrouvé très fréquemment une notion de constitution physique pour ce métier manuel. Les différentes descriptions avancées présentent un MK par son activité. Il est aussi décrit comme un vrai professionnel « ferme » lors de l'exécution dans sa pratique, mais qui reste avant tout un humain. Son identité professionnelle tient compte de sa propre personnalité. Une grande majorité des interrogés mentionne que le MK est un intime. À ce titre, ce professionnel est nommé par « mon kiné », (Jules, *Je viens pour mes séances de rééducation, chez X (prénom) mon kiné*), par son prénom, et l'utilisation du tutoiement est très fréquente. À la différence du médecin qui lui est identifié par « le docteur XX », ou « mon docteur XX », personne que l'on vouvoie. Cela positionne différemment ces professionnels, et en définit un positionnement social par métier. Thomas (Patient en classe de terminale et futur étudiant en médecine) « Ben non. Je ne veux pas dire que c'est le médecin qui est supérieur au kiné. Mais bon, on n'a pas les mêmes, les années d'études. On n'a pas les mêmes connaissances et on n'a pas le même salaire. On va dire que le, le docteur, c'est un cadre supérieur, faut pas l'oublier, ça. Dans la société, la place du médecin, elle est quand même connue et reconnue. Et de fait sa place, elle est bien supérieure à celle du Kinésithérapeute. Ça veut pas dire qu'il y en a qui travaille mal, ça veut dire que c'est comme ça au niveau de la société. Il y a une classification des métiers qui commence à partir d'ouvriers jusqu'aux cadres et aux cadres supérieurs, jusqu'au chef d'entreprise. Et on peut dire que le médecin il est en haut de cette classification et que juste en dessous il y a les kinés, les infirmières ». Ces remarques sont les seules retrouvées dans nos entretiens. Le positionnement social et sociétal y sont clairement définis. Ces propos proviennent d'une personne qui s'est renseignée afin de préparer son entrée en étude médicale. Il revendique clairement son choix, « Je ne sais pas pourquoi j'ai toujours dit que je voulais être médecin, pourquoi j'en sais rien. Et puis vous savez, kiné je ne veux pas dire que c'est moins classe que médecin, mais bon, c'est pas la même chose ». Pour cet étudiant, être MK serait moins valorisant sur l'échelle sociale. Certains interrogés se positionnent sur la posture « valorisante de ce métier » sans une comparaison identifiée. Jean Pierre précise qu'être MK, « c'est valorisant comme métier. C'est peut être moins valorisant que d'être médecin. » Il fait une relation entre le nombre d'années d'études et le métier visé, mais ne se positionne pas sur une hiérarchisation entre ces deux métiers. Pour Yann, « et puis, c'est quand même mieux d'être kiné. C'est plus valorisant. C'est quand même un métier où on gagne bien sa vie. » La valorisation de ce métier reposerait par « le salaire » obtenu » de sa pratique et non par l'identité propre à ce métier.

Les interviewés s'expriment plus sur la notion de « bon kiné ». Les définitions avancées proposent un MK, « disponible, gentil, qui prend son temps, et qui « fait bien travailler ». Martine par ses propos, résume ceux des autres membres du groupe, « Après pourquoi ce qui serait un bon kiné pour moi et un mauvais pour une autre personne, ça je ne veux pas vous le dire, je pense que c'est patient dépendant et en fonction de l'accueil, de la prise en charge de la rééducation et des résultats. C'est peut être là qu'on peut dire que l'on a affaire à un bon kiné. Après, comment on compare ça, je ne

sais pas. Mais c'est bien un métier relationnel avant d'être un métier de la rééducation, c'est bien ce que je vous dis depuis le départ ».

Nous retrouvons dans l'ensemble de ces discours l'approche de la notion du Care. Une relation d'intimité est mise en avant entre le soignant et le soigné, par la longueur des prises en charge, l'acceptation de se faire toucher, et des confidences sur la vie personnelle. La notion du prendre soin est exprimée par les propos de Catherine, « *mon kiné, est très gentil et il s'occupe bien de moi.* » Pierre et Yann expriment les mêmes propos. Les autres interrogés tiennent un discours dans le même sens.

Les membres de ce groupe mentionnent à plus de deux cent soixante dix fois le mot rééducation comme reconnaissance identitaire du MK. Pour Jean Pierre, la rééducation pour un MK « *c'est son métier.*» Pour Thomas «*le masseur kinésithérapeute c'est le spécialiste de la rééducation fonctionnelle. Il vous propose des exercices* ». Catherine précise qu'un MK « *est spécialisé dans la rééducation et tous les exercices à faire pour qu'on puisse récupérer, par exemple dans mon cas, ma marche il y a les exercices à apprendre* ». Martine précise qu'un MK intervient dans « *tout ce qui concerne la rééducation et là réadaptation. Ce qui est quand même très spécifique à leur métier.* » Annie se positionne par « *Moi je pense que c'est le mot qui décrit le mieux le kiné, le kiné, c'est le spécialiste de la rééducation.* » Les autres interrogés proposent des approches similaires. La rééducation serait une spécialité du monde médical à part entière. Ces interrogés rapprochent la rééducation à une approche thérapeutique ciblée sur des exercices spécifiques en fonction de différentes pathologies. L'identité professionnelle ne se résumerait qu'à des apprentissages de batteries d'exercices. Cette approche n'est que le reflet de ce groupe.

Ces répondants connaissent d'autres métiers proposant de la rééducation comme approche thérapeutique. On retrouve les orthophonistes, les sages-femmes, les psychomotriciens, les ostéopathes, les orthoptistes, les médecins en centre de rééducation, les pédicures podologues. 90 % de sondés mentionnent les orthophonistes. Cette connaissance provient soit d'un contact direct personnel ou d'une tierce personne de la famille. Ils en détaillent la pratique. Jean-Pierre décrit sa vision des orthophonistes, « *orthophonie, c'est pour la rééducation autour de la phonie donc, c'est-à-dire autour de la parole* ».

Par les discours des membres de ce groupe, une approche identitaire professionnelle peut-être avancée. Elle est non genrée, et présente le MK comme un des acteurs de la rééducation. Il est reconnu par sa pratique singulière et complémentaire des autres intervenants en rééducation. Un positionnement social est avancé par rapport à la durée des études et des revenus. Ce positionnement est retrouvé aussi par rapport aux médecins, sans hiérarchisation des différents métiers de soin.

100 % des interrogés connaissent le déroulé de la formation initiale en massokinésithérapie. En fonction de leur âge, cette connaissance provient des fiches ONISEP (Yann, 16 ans ; Thomas 18 ans, Louis 22 ans, Elsa, 20 ans, Martine), des présentations des conseillers d'orientation ; de diverses conversations avec le MK (Jean-Pierre, 50 ans), ou avec d'autres personnes (Sage femme pour Annie 33 ans), par connaissance (Catherine 69 ans). Ils positionnent cette formation à l'université ou à la faculté (Annie, Elsa), à la faculté de médecine (Jules, Yann, Thomas, Louis, Marie, Catherine et Martine), pour la première année puis en école de kiné (Jean-Pierre) ou/et en instituts (« et » pour Thomas). Les études durent quatre ans (Jean-Pierre « *donc je pense que le kinésithérapeute avec 4 années d'études* » ; Yann ou cinq ans (Thomas, « *après la première année de PACES, donc on fait quatre années dans un institut de formation qui est intégré à la faculté de médecine*). À l'exception de Jules pour qui cette formation « *ça doit-être une spécialité de la médecine, donc il doit faire au*

moins six à sept ans d'études ». L'ensemble des interviewés se positionnent sur une formation courte de quatre années après une première année universitaire. Elle aboutit à un diplôme d'État, ce document permettant de travailler. Le contenu même de cette formation est partiellement connu. La notion de stage est mentionnée ou explicitée par tous à l'exception de Jules. Thomas précise que, « *Non, je ne connais pas tous les cours qu'ils sont dedans, mais tout ce que je sais, c'est qu'il y a une alternance entre les cours dans l'institut et les stages à l'hôpital ou en clinique, et même dans un cabinet de ville, donc il y a des allers-retours entre les cours magistraux et la mise en application de ce que l'on apprend en théorie pour faire de la pratique ce qui paraît complètement logique.* » Louis s'exprime en proposant une architecture du programme, « *La seule chose qui était quand même un petit peu détaillée, c'est qu'il y avait des cours magistraux, des TP, des TD, et qu'il y avait des stages en alternance à l'hôpital ou en cabinet pour pouvoir pratiquer* ». Des propos similaires sont retrouvés chez Martine « *je pense que c'est comme pour la faculté de médecine. Il y a des cours théoriques et des cours pratiques. Et donc que la pratique doit se faire sûrement en stage* ». Pour Marie, l'enseignement serait identique à celui des médecins, « *je pense que c'est comme les médecins, ils font des cours et ils vont à l'hôpital pour pratiquer.* » Pour Catherine, la massokinésithérapie serait aussi une des spécialités médicales, « *bah quand ils sont à la faculté de médecine, je pense qu'il doit y avoir sûrement des médecins qui ont la même spécialité.* » L'assimilation faculté de médecine-formation initiale positionne cette dernière proche de celle des médecins. Sans en nommer le profil de formation universitaire, les répondants en proposent des définitions.

Cette formation universitaire permet de continuer à se former après le D.E, Elsa complète ses propos en ciblant deux spécialités, « *certaines vont faire une spécialité en ostéopathie, d'autres en kinésithérapie du sport. Et ça, ça se fait après le diplôme* ».

Les interviewés exposent verbalement des interactions entre la théorie et la pratique professionnelle lors de cette formation. Ils mettent en avant les points avancés par Dubar, Sainsaulieu et Fray sur les définitions d'une identité professionnelle. Cette notion serait pour ce groupe une représentation d'une posture identitaire similaire à celle des médecins. Elle se construit lors des différents rapprochements d'apports théoriques mis en mouvement sur les différents terrains de la pratique professionnelle. Cette identité est validée par le D.E, qui serait la base des prérequis pour se spécialiser.

c) Le groupe des formateurs

Ce groupe est constitué des différents intervenants de la formation initiale en massokinésithérapie.

Les profils sélectionnés se retrouvent dans une très large majorité au sein des différents IFMK. Les ostéopathes et les ergothérapeutes sont retrouvés dans 20 % des IFMK.

Nous garderons la même approche pour cette analyse : la reconnaissance de l'action dans le soin et la rééducation par les MK, et la connaissance d'autres métiers de la rééducation et l'approche universitaire de cette formation.

Le statut professionnel de ces formateurs, comme acteurs dans cette formation, peut-être considéré comme un biais. Leurs réponses pourraient être influencées par des représentations, des jugements et des positionnements personnels. Perez-Roux (2019) a mis en avant les postures de ces intervenants. Nous rappelons qu'ils sont à la recherche de leur professionnalisation. Ces derniers sont plus dans une posture de transmission des savoirs d'actions professionnelles. Perez-Roux⁷⁷³

⁷⁷³ Ibid.4, p.95

(2015), « en effet, les formateurs expriment un fort degré de satisfaction pour la formation, et se disent mobilisés essentiellement par le fait « d'accompagner les étudiants dans l'approche du métier » et de « transmettre des savoirs et des savoir-faire ». Elle précise que l'approche du concept d'universitarisation est moins bien acceptée par ces formateurs. Elle⁷⁷⁴ constate que « ces évolutions, attendues par le législateur, viennent bousculer les façons de faire antérieures. En effet, les formateurs expriment en miroir, des difficultés sur ces mêmes thématiques : « la démarche réflexive avec les étudiants », « le suivi du mémoire professionnel », et « l'approche par problèmes » semblent délicats à mettre en œuvre. » Le regard porté par ces derniers devra faire preuve d'une grande neutralité.

En nous référant sur le tableau n°15, ce groupe a mentionné vingt quatre fois le mot « soin », et cent douze fois celui de « rééducation ».

Nous commencerons par le regard des formateurs MK. Puis par ceux des docteurs, de l'ergothérapeute, de l'ostéopathe et du docteur en Sciences du mouvement. La dénomination de « formateur MK », repose sur le diplôme initial de ces personnes. Ils sont tous MK D.E, dont deux avec un complément de formation universitaire (M2, Docteur en biomécanique). Pour ces deux derniers la connaissance « universitaire » peut-être reconnue comme un second biais. Nous faisons confiance à l'ensemble de ces acteurs pour apporter une réflexion et un raisonnement sans empreinte de leur posture.

c-1) Les formateurs MK

Les trois formateurs MK ont mentionné huit fois le terme soin et cent douze fois celui de rééducation.

Un des trois formateurs n'associe pas le soin à la massokinésithérapie, Patrick l'attribue au métier d'infirmier, « par une filière des soins infirmiers ». Les deux autres ciblent le domaine d'intervention du MK dans le soin sans en expliquer une définition. Philippe précise que « nous allons être en forte demande de soins », et que sa pratique est « en fonction de la longueur des soins ». Eric fait une différence entre le soin et d'autres actions d'un MK, « j'ai une connaissance qui est kiné à l'opéra, et il ne fait pas que des soins, il fait les échauffements musculaires avant les cours, et les récupérations », il complète par « pour quelles raisons je ne vous ai pas pris en soins ». Philippe considère l'existence de différents paradigmes du soin : « c'est là que cela se complexifie, regardes on n'est pas dans le même paradigme de soin avec les chinois ». Nous rappelons que l'approche de cette nouvelle réforme se situe dans le paradigme bio-psycho-social, bien loin de celui de la médecine chinoise, et de celui d'avant cette dernière réforme. Les travaux de Perez-Roux (2019) ont mis en avant les difficultés d'appropriation de ce changement par les différents formateurs de la formation initiale en massokinésithérapie. Cela a modifié l'identité professionnelle de ces intervenants.

Ces formateurs mettent en avant que le soin serait constitué de techniques de rééducation, sans plus de précision. Ils définissent le MK comme l'acteur de la rééducation, Patrick mentionne que le soin serait la somme « des séances de rééducation », et que la rééducation : « ce n'est pas très compliqué, masseur-kinésithérapeute, c'est la rééducation ». Philippe mentionne « pour rééducation, les kinés sont du monde de la rééducation, ils ne sont pas les seuls, mais ils sont spécialisés dans l'articulaire ». La rééducation apportée par les MK est une spécialité du monde de la rééducation. Ils connaissent

⁷⁷⁴ Ibid.4, p.95

les autres métiers de ce monde. On retrouve les mêmes que ceux cités par le groupe des patients. Il existerait une identité propre au groupe des rééducateurs qui serait la somme des identités particulières des métiers de la rééducation. Patrick la cible sur les rééducations « *articulaire et musculaire* », et « *celle de la cardio et du respiratoire.*» Philippe confirme ces propos, « *pour rééducation, les kinés sont du monde de la rééducation, ils ne sont pas les seuls, mais ils sont spécialisés dans l'articulaire.*» Eric élargit les domaines d'interventions sur le complexe « *ostéoarticulaire, le vestibulaire* ».

Nous les avons questionnés sur leurs visions posturales d'un MK. En complément du mot rééducation, nous retrouvons les mots suivants : réadaptation, compétences, responsable, diplôme d'état, professionnel de santé, diplômé et sérieux.

Une identité professionnelle se dégage des propos exprimés. Elle serait la somme d'actions, de gestes effectués par un MK sur un patient. Ces approches seraient la somme des approches thérapeutiques d'actions ciblées dans le champ d'une des spécialités de la rééducation. C'est une personne diplômée qui exerce son art auprès de patients.

Ces formateurs, au profil particulier, connaissent et maîtrisent la nouvelle formation initiale. Nous rappelons qu'ils en sont un des acteurs. Elle est reconnue plus comme une formation professionnelle qu'universitaire.

c-2) Les formateurs docteur

Ces trois professionnels médicaux ont mentionné quatre fois le mot soin et quarante fois rééducation. Ils connaissent et maîtrisent la formation initiale. Elle est reconnue comme formation professionnelle. Pour Martine « *cette formation initiale n'a rien d'universitaire, [...] valide un D.E qui n'est pas un niveau universitaire, mais juste une reconnaissance française de fin d'étude qui valide une scolarité et qui vous permet de pouvoir travailler.*»

Luc et David attribuent le mot soin aux MK. Luc, « *ce métier est un des métiers du soin* », David, « *Si je dois avoir des soins en rééducation* ». David positionne ce terme dans le concept du Care, « *Je pense que le kinésithérapeute qui me prendrait en charge, prendrait plus soin de moi, il ferait très attention au regard de ma posture* ». Il se positionne comme un patient avec un profil particulier. Ces propos définissent une posture au delà d'un geste professionnel. Le MK n'est plus un simple exécutant de procédures thérapeutiques, il prend en compte la personnalité du patient. Il est à son écoute, il est bienveillant, il est dans l'empathie et le respect de son patient. Cette notion est une des facettes de l'identité professionnelle. Cet interviewé avance ce profil identitaire professionnel comme celui de certains MK.

L'utilisation du mot rééducation prend différents sens pour ces docteurs. Pour David, c'est une option thérapeutique dans son propre arsenal thérapeutique qui est assimilée à une médication, « *la rééducation complète une infiltration.*» Pour Martine, « *Pour les kinés, c'est la rééducation qui est le cœur de leur métier* ». En première intention, Luc mentionne qu'« *il n'y a que les kinés qui ne fassent que de la rééducation* », puis il élargit sa description aux orthophonistes et aux médecins de rééducation fonctionnelle. Ces trois interviewés précisent que la rééducation reste une approche thérapeutique prescrite par le monde médical. Ces trois docteurs décrivent eux aussi, la rééducation comme une suite d'exercices. Martine mentionne qu'un MK est présent pour « *accompagner et guider le patient dans certains exercices* ». Les propos de Luc élargissent la posture professionnelle des MK, « *je dirai qu'un kiné a comme compétence principale de proposer de la rééducation [...] donc les champs de compétences sont très larges* » Mais il ne mentionne pas les autres compétences, à

l'exception « *de formateur.* » Martine « dévalorise » la pratique de la rééducation comme une pratique professionnelle non complexe, « *la rééducation est assez simple.* », mais « *il faut leur faire confiance* », et « *la rééducation est un outil complexe maîtrisé par un masseur kinésithérapeute* ». Nous notons là une dualité de cette reconnaissance, entre simplicité et complexité. Ce raisonnement provient-il d'une non connaissance de la réalité professionnelle, ou d'un constat de pratiques connues divergentes ? Ce médecin n'a pas développé plus sa réflexion. Ce médecin avance que la rééducation est un des outils thérapeutiques qu'elle peut mettre à disposition de ses patients. Par la confiance qu'elle leur accorde, l'autonomie professionnelle des MK sera sollicitée par une approche thérapeutique adaptée à chaque patient. Elle a connaissance de compétences communes avec les ergothérapeutes et les sages femmes.

La vision du métier de MK par compétences est conforme aux attentes de cette formation initiale universitaire. Ce terme de compétence est du langage universitaire. Ces trois professionnels sont issus de la formation initiale universitaire médicale. À ce titre, ils en maîtrisent parfaitement le langage et la fonction qui y est attachée.

Une identité professionnelle se dessine par les propos de ces médecins. Elle serait incluse comme une des fractions identitaires du monde du soin et du prendre soin. Elle n'existerait que par la dépendance d'avec le corps médical. Celui-ci la considère comme un de ces outils d'approches thérapeutiques en sa possession. Une autonomie d'approche thérapeutique massokinésithérapique est reconnue par ces trois prescripteurs.

Ces trois acteurs définissent très finement cette formation initiale, avec une reconnaissance d'une formation professionnelle. Luc précise que, « *Je dirais que c'est une formation professionnelle sur 4 ans, qui débouche sur le diplôme d'état en massokinésithérapie et vous permet d'exercer, soit dans le monde libéral, soit à l'hôpital ou dans des centres de rééducation.* »

c-3) Le formateur ergothérapeute

Ce formateur mentionne cinq fois le mot soin et vingt deux fois celui de rééducation.

Il maîtrise le parcours des étudiants sur les quatre années d'études en IFMK qui font suite à une année universitaire.

Joëlle précise que l'ergothérapie comme la massokinésithérapie appartiennent aux métiers du soin. Cette appartenance permet de mutualiser l'apprentissage et certaines approches thérapeutiques. Ces deux métiers sont inclus dans le groupe des métiers paramédicaux de la rééducation. Elle le complète par les psychomotriciens, les orthophonistes. Elle ne fait pas le rapprochement rééducation-sages femmes par l'appartenance à deux groupes professionnels différents, « *je crois que celle des sages femmes est une formation médicale alors que celle des kinés est une formation paramédicale* ». Joëlle fait une différence entre l'approche d'un MK et celle d'un ergothérapeute lors de séances de rééducation. Pour elle, « *les kinés ils font de la rééducation analytique et un peu de globale, alors que nous on est plus global avec une orientation de l'espace autour du patient, quand je vous parlais tout à l'heure de bilan, nos bilans sont complets, on fait le bilan complet du patient puis de son environnement, de ses moyens de transports, de son quartier, tout ce qui fait qu'il doit vivre le plus normalement possible, on n'a pas les mêmes objectifs que les kinés* ». Elle positionne son regard sur le MK avec ces trois termes, un MK c'est « *une personne musclée, diplômée d'état, rééducation.* » Il est en capacité d'identifier les différences entre MK et son métier « *j'ai dit rééducation et c'est ce que je viens de vous dire précédemment, la rééducation c'est le cœur du métier des masseurs kinésithérapeutes, mais cette rééducation peut-être mutualisée sur des*

compétences partagées avec d'autres professionnels, la différence est que cette rééducation est plus analytique et recherche à donner la fonction initiale de l'articulation ou de l'organe pathologique. »

À la lecture de l'entretien, nous retrouvons des terminologies communes entre MK et ergothérapeutes (testing, approches thérapeutiques, bilan, mobilité, centre de rééducation).

Au regard de son discours, l'identité professionnelle d'un MK serait incluse dans une identité professionnelle des soignants. Dans ce groupe des soignants elle y inclut les infirmiers. Ils auront une reconnaissance par le D.E, et non par une équivalence universitaire, *«les kinés quand ils terminent leur formation, ils obtiennent comme nous et les infirmières un diplôme d'état et pas un titre universitaire»* L'identité professionnelle avancée serait plus une identité de métier qu'une identité universitaire. Mais elle se questionne sur la notion de recherche que développe l'université. Pour les MK, *« il y aurait des protocoles de recherche en kinésithérapies ? »* Joëlle n'apporte pas de réponse.

Elle maîtrise partiellement le déroulé de cette formation, et très peu son contenu. Elle se positionne plus sur une formation professionnelle qu'universitaire.

c-4) Le formateur ostéopathe

Ce professionnel a choisi son métier pour *« être dans le soin »*. Il mentionne qu'il était porteur d'une représentation informelle de son métier par son passé de sportif. Il décrit trois fois le mot soin, et six fois le terme rééducation. Il précise que les MK pratiquent *« des soins »* comme lui, avec une différence d'approche. Un MK exerce son métier sur prescription, l'ostéopathe non. Un MK fait de nombreuses séances remboursées par la sécurité sociale. Un ostéopathe aurait une approche thérapeutique sur deux séances non remboursables. Il décrit en trois mots sa représentation du MK : *« rééducation, réadaptation et mouvement. »* Il développe son argumentaire par *« la rééducation, c'est un ensemble d'approche thérapeutique et d'exercices pour redonner au patient une autonomie »* puis mouvement *« lors de cette rééducation, le patient fait des mouvements simples, puis globaux pour retrouver par exemple la marche »*. Il ajoute que pour les MK, *« la rééducation proposée est plus analytique que globale »*. Alors que l'approche thérapeutique d'un ostéopathe *« est beaucoup plus globale »* jusqu'à être *« très holistique »*. Il se définit par : *« bilan complet, mobilisation et repositionnement. »* Il mentionne que *« la mobilisation, c'est l'acte même de l'ostéopathie.»* Nous rappelons qu'un MK possède comme outils thérapeutiques les mobilisations passives et actives. Ce professionnel ne le mentionne pas. Il complète son image du MK par *« Pour être kinésithérapeute, il faut avoir un plateau technique assez large. Se former régulièrement. Essayer de se spécialiser dans une approche thérapeutique. Il faut aussi aimer le contact, toucher les patients, les écouter. La rééducation proposée est plus analytique que globale. Mais il faut être aussi en capacité de réintégrer le patient dans sa vie.»* Une identité professionnelle s'en dégage. Le métier de MK est un métier d'utilisation d'outils techniques, tout en y incluant une part d'approche manuelle. Le contact avec le patient n'est pas qu'une relation de technicien, mais plus une posture proche du Care. Loïc conclut par *« je ne veux pas dire que nous faisons la même chose, mais nous sommes complémentaires »*. Il mentionne que cette complémentarité et ces différences se retrouvent sur, *« Je pense qu'au niveau ostéo articulaire et musculaire nous avons la même approche, mais est ce que dans cette formation il y a des liens entre par exemple le viscéral et des douleurs à distance. Ou alors, par exemple, des problèmes d'équilibre avec un mal, suite à une déformation de la boîte crânienne. Je ne sais pas si tout ça est enseigné, je pense que l'anatomie de base et la physiologie de base humaine sont communes à l'ensemble des métiers médicaux. Ou pour vous faire plaisir, des métiers paramédicaux»*. Par ces derniers propos, il se positionne comme acteur du monde médical.

Définir les limites de ces deux identités professionnelles singulières en est complexe. De nombreux MK complètent leur formation initiale par une formation d'ostéopathe. Nous rappelons qu'en 2021, sur le registre ADELI en France, il y aurait plus de 35 000 ostéopathes recensés, dont près de 10 000 kinés-ostéopathes et près de 1700 médecins-ostéopathes.

Il peut positionner la formation initiale des MK sur quatre années d'études et une première universitaire validant un D.E Elle est dispensée en école ou en institut pour un coût moyen de 6 000 euros l'année. Il ne mentionne pas qu'elle puisse être dispensée à l'université. Il la positionne comme une formation professionnelle.

c-5) Le formateur docteur en Sciences du mouvement

Léa décrit le métier de MK par une reconnaissance dans le soin où elle l'inclut « *avec l'ensemble des autres métiers du soin.* » Elle complète ce groupe avec les infirmières, les psychomotriciens les ergothérapeutes, en précisant que, « *et je dois bien en oublier d'autres* ». Elle mentionne ce mot quatre fois.

Elle cite dix neuf fois le mot rééducation. Pour ce docteur, la rééducation « *c'est très simple à expliquer, la rééducation c'est le cœur du métier des kinés, c'est par la rééducation et des mouvements qu'ils amènent le patient à retrouver des fonctions proches de la normale, et quand cela n'est pas réalisable, d'essayer de maintenir une qualité de vie convenable avec ou sans assistance* ». Elle précise que « *la kinésithérapie est un métier paramédical de la rééducation.* » Elle confirme ainsi l'existence d'un groupe professionnel de la rééducation. Elle complète sa définition par, « *si on reste sur le mot rééducation, c'est bien par le mouvement que celle-ci est faite* ». Elle élargit les compétences des MK par leurs présences « *comme soignants dans différents clubs sportifs, vous les avez déjà vu sur le tournoi du XV de France* » et dans des formations comme formateurs, dont celle des MK. Cette activité professionnelle est retrouvée en centres de rééducation ou en cabinet.

Sa réflexion l'amène à inclure dans ce groupe de rééducateurs, « *les psychiatres et les auxiliaires de vie, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, et depuis peu les orthoptistes* ». Pour elle, un MK est une personne « *patiente, à l'écoute de son patient, doux et en même temps ferme sur le traitement proposé* ». Cette succession de termes se retrouve dans celle du concept du Care. Le MK n'est pas qu'un simple exécutant de techniques dont « *certaines exercices peuvent être ressentis comme douloureux* ». mais bien plus dans les interactions patient-soignant. L'empathie et la bienveillance se retrouvent au cœur de sa pratique. Léa complète ses propos par « *et puis il ne faut pas oublier que les kinés eux aussi sont des humains et qu'ils sont comme tout le monde : la vie n'est pas un long fleuve tranquille et que leur humeur peut-être variable* ».

Elle mentionne que ce métier est prescrit, ce qui est dissonant avec l'image qu'elle mentionne sur la posture médiatique apportée par le tournoi du XV de France. La différence mise en avant est l'intervention même du MK. Lors de cette manifestation, il intervient comme « soigneur ». Le décret de compétences l'y autorise.

Elle évoque la notion de « bon kiné ». Pour elle, un « bon kiné » serait un professionnel « *qui sait dire non quand il ne maîtrise pas la prise en charge, [...] et qui réoriente le patient* ». Pour compléter ces propos sur la notion de « bon kiné », elle « *pense aussi qu'un bon kiné continue à se former* ». L'identité professionnelle est un concept non stabilisé dans le temps. Il se modifie, s'ajuste tout au long de sa carrière professionnelle. L'identité professionnelle prend en compte l'identité singulière du MK. Ces deux représentations sont étroitement liées.

Elle maîtrise et elle expose clairement le déroulé de cette formation initiale. Sa description va bien au delà du simple enseignement de pratiques. *« pour résumer, cette formation se fait sur 4 ans après une année préparatoire, qui sert de sélection pour pouvoir entrer dans un institut de formation en kinésithérapie, ces études se déroulent en alternance entre l'institut et les différents terrains de stages, et il est délivré un diplôme d'état qui permet au diplômé de pouvoir exercer sur l'ensemble du territoire français, cette formation est en pleine mutation, elle s'est rapprochée de l'université pour pouvoir aboutir à une formation universitaire complète, de cette mutation le profil des nouveaux diplômés est en pleine évolution, par l'accès à des connaissances mondiales et accessibles à tous, et cela implique une modification des savoirs et savoirs faire des pratiques de ce métier, pour l'avenir de cette formation et qui aura un effet sur le profil des pratiquants, elle sera sûrement en pleine modification ».*

L'identité professionnelle présentée par Léa est d'une grande complexité. Elle serait la somme d'images informelles du passé du MK, et/ou des images des médias, des appropriations de nouvelles compétences, des formations tout au long de la vie, et de celles portées par l'identité personnelle propre à chacun.

Léa expose très clairement les buts et objectifs de cette formation initiale, et beaucoup moins le contenu du programme. Elle hésite entre formation universitaire, *« c'est sûrement pour cela que cette formation se retrouve comme formation initiale universitaire »*, et formation professionnelle, *« la kinésithérapie est un métier paramédical de la rééducation. »*

c-6) Conclusion

L'ensemble de ses formateurs mettent en avant que l'identité professionnelle est une des composantes de l'identité personnelle. Celle-ci est retrouvée dans le monde du soin ou hors de celui-ci. Pour certains, elle serait une des composantes d'une identité singulière de ce monde. Elle se construit aussi dans l'approche du prendre soin (plus présente chez les infirmiers). La notion du concept du Care est suggérée.

Cette identité est dépendante des interactions avec le monde médical prescripteur de la rééducation. Ce dernier l'utilisant comme un des nombreux outils thérapeutiques qu'il dispose.

L'identité « professionnelle » serait plus une identité de métier qu'une identité universitaire. Elle repose sur l'apprentissage des techniques et des compétences des savoir-faire et des savoir-agir. Elle trouverait son origine lors d'interactions informelles. Elle n'est pas figée à un temps T, mais en perpétuelle instabilité. Un MK est une personne singulière dont l'histoire de sa propre vie personnelle peut déstabiliser l'identité professionnelle et réciproquement.

C'est un métier non généré.

Elle serait plus la somme d'actions thérapeutiques proposées au patient par une succession d'exercices. Elle se compléterait par une somme d'identités professionnelles singulières se modifiant lors des diverses interactions avec un patient, un étudiant, un formateur, un tuteur, un MK ou un professionnel du monde médical. Celle-ci n'est pas mise en sommeil lors de l'arrêt du métier.

L'identité professionnelle des MK serait une des composantes des identités du groupe professionnel de la rééducation, lui-même appartenant au groupe de la santé.

La position sociale et sociétale est très peu mise en avant pour l'ensemble des interviewés. Mais il en ressort une véritable main mise des médecins prescripteurs de tous les métiers paramédicaux conventionnés.

L'ensemble des interviewés connaissent les buts, les objectifs et les contenus de cette formation initiale. À l'exception de Léa, cette formation à un profil de formation professionnelle. L'identité recherchée serait pour ces questionnés, une identité professionnelle et non universitaire, par manque de parcours complet LMD

d) Le groupe des étudiants

Nous analyserons le groupe des étudiants à l'exception des huit étudiants MK inscrits en formation initiale, ils seront le cœur de notre deuxième partie.

Nous procéderons à l'identique des autres groupes. Une approche du mot soin et rééducation pour essayer de cibler une appartenance à un de ces groupes. Nous compléterons par les visions des interrogés sur la formation initiale des MK.

Ce groupe est composé de deux lycéennes en classe de terminale, deux étudiants en PACES, deux étudiants en formation STAPS, deux jeunes en première année de soins infirmiers et deux étudiants en études d'ergothérapie. La parité est presque respectée.

d-1) Les lycéennes

Ces deux lycéennes ont mentionné sept fois le mot soin et trente six fois rééducation.

Charlotte a été sollicitée lors de son passage au salon de l'étudiant Paris Expo, et Julie au Forum des métiers sur le stand des professions de santé de son lycée. Elles étaient à la recherche d'informations sur l'orientation post baccalauréat, Charlotte sur le métier d'infirmière et Julie sur les métiers de la filière PACES.

Charlotte précise, « *si j'y réfléchis, les kinés ils ne font pas des soins, ce sont les infirmières elles soignent* ». Elle complète ses propos par, « *bon, du coup je continue, les kinés, eux ils ne sont pas de soins comme les infirmières, ils font de la rééducation pour que l'on redevienne normal* ». Julie exprime l'inverse, « *le kiné de ma voisine [...] il venait faire les soins à domicile.* » Charlotte affine son raisonnement par « *l'ostéo-kiné il me soignait pas il me soulageait de mes douleurs, il a redressé mon dos, c'est pour cela que j'y étais* ». Par les discours de ces deux jeunes, nous ne pouvons pas cibler un groupe d'appartenance pour les MK.

Pour Charlotte, un MK doit être « *plus musclé qu'une infirmière, et disponible* ». Pour Julie, « *il est musclé, autonome, il fait la rééducation* ». Par le terme musclé, les deux lycéennes précisent que ce métier est un métier manuel. Léa précise que « *Un kiné, ça passe son temps à bouger, à porter, à tirer le corps d'une personne. Et le fait sur toute une journée. Donc si vous n'avez pas de muscle, vous êtes fatigué et vous ne pouvez pas porter ou bouger une jambe, cela vous va* », et Charlotte pour accompagner « *les exercices de rééducation.* ». Pour Julie, l'autonomie se retrouverait « *dans le choix des traitements* » et « *le kiné est autonome en fonction de ces malades* ». Elle fait un lien entre prescription et autonomie, sans mentionner une posture de subordination du Mk, « *Une fois que vous avez l'ordonnance, il y a que le kiné qui peut savoir ce qu'il doit vous faire comme traitement ou comme exercice. Donc oui, c'est vrai que c'est de l'autonomie* ». Elle officialise une autonomie « *partielle ou tronquée* » de l'exercice de la massokinésithérapie.

Pour Charlotte, « *les kinés, ils font la rééducation* ». Elle associe ce mot au centre de rééducation par une utilisation familiale. Elle précise que les MK « *font de la rééducation pour que l'on redevienne normal.* » Julie décrit très finement le terme rééducation, et complète le profil du MK musclé, « *Il nous fait de la rééducation lorsque l'on est blessé. C'est un métier physique. J'ai vu que quand je*

faisais mes séances, mon kiné devait manipuler mes os, Il devait aussi tirer sur mon pied et ma jambe et sur mon mollet pour allonger le mollet là ou il y avait la tendinite. Et pour ma fracture de poignet il devait et c'était compliqué et ça faisait mal, tirer sur mon poignet, dans tous les sens pour qu'il puisse bouger ». Elle associe aussi ce mot à centre.

Spontanément, Charlotte ne connaît pas d'autres métiers proposant de la rééducation, mais elle mentionne des métiers dont la formation initiale est dispensée à la faculté, « *et à côté de c'la il y avait les métiers de la fac comme ergothérapeute, ortho, orthophoniste, pédicure, infirmière* ». Elle ne mentionne pas les MK. Julie ne propose que les orthophonistes comme autre intervenant d'un groupe de rééducation. Ces deux lycéennes ont intégré une image assez précise du rôle d'un MK. C'est un acteur du monde de la rééducation.

Charlotte a une approche assez vague de la formation initiale des MK. Elle la décrit comme une formation longue par rapport à celle des infirmiers. Elle serait dispensée par une faculté de médecine, puis sur quatre années dans une école, « *kiné c'est à la fac, et en plus la fac de médecine. Du coup, en fonction de votre classement de fin de première année de la PACES, je crois, vous n'êtes pas certaine de faire kiné, et il y a le concours d'entrée dans les écoles, et elles sont chères.* » Elle ne connaît pas le contenu du programme de formation mais elle précise « *qu'on doit continuer le programme de médecine avec la spécialité des kinés* ». Julie maîtrise parfaitement le parcours de formation dès la PACES mais pas le contenu propre à cette formation. Ces propos décrivent plus une formation professionnelle, « *et je ne sais pas du tout le contenu exact de ses études en kinés. Mais bon, je pense qu'ils ont les études et les matières dans ce qu'ils pratiquent* ».

Elles ne se prononcent pas sur le genre d'un MK. Julie explique que « *ce métier est un métier ouvert autant aux hommes qu'aux femmes.* », et Charlotte qu'il n'est pas genré.

Ces deux lycéennes mettent en avant une identité d'un MK pour autrui. Elle serait plus une identité professionnelle qu'universitaire, même si la formation initiale se déroule à la faculté de médecine. Nous ne retrouvons aucun propos sur une des actions principales de l'université : la notion de recherche.

d-2) Les étudiants de PACES

L'inscription en PACES pourrait être un biais des paroles apportées.

Ces deux interviewés n'ont mentionné soixante neuf fois que le mot rééducation.

Claude envisage d'être MK par défaut, « *Je suis en fin d'année universitaire à la faculté de médecine, je suis en bas de classement, mais cela n'est pas grave même si ça ne correspond pas tout à fait aux objectifs que je m'étais donnés. Je ne voulais pas être en bas de classement, Mais bon comme je ne veux pas redoubler cette première année, je choisirai kiné.* ». Et pour Rose c'est un choix personnel, « *Ce que j'envisageais de faire comme formation, c'était les études de kinésithérapie [...] Je suis dans les premières au classement pour les études de kinésithérapie. J'ai déjà choisi mon établissement et je pense que je serai acceptée après l'annonce des résultats de ce 2nd semestre* ». Claude reste serein sur son avenir, « *donc pour moi mon objectif a légèrement changé. Je vais essayer tout en étant en bas de tableau de pouvoir choisir l'institut de formation en kiné de mon choix, de toute manière, ici, on a le choix entre deux.* »

L'absence du mot soin n'exclue pas ce terme à ce métier. Nous pouvons juste constater qu'il n'est pas dans les premiers positionnements du référentiel métier de ces deux étudiants.

Rose met en avant des savoirs non formels de ce métier comme patiente ayant eu « *de très nombreuses séances de rééducation* ». Claude apporte les mêmes propos, « *j'ai eu des séances de*

kiné. Et c'est comme ça que j'ai découvert ce métier, [...] le métier de kiné avec ce que j'ai pu voir comme patient, c'est un métier qui a l'air assez cool. »

Par ces premiers propos, une représentation non phantasmée de ce métier est mise en avant. Charles comme Rose positionnent ce métier comme un des métiers de la rééducation. Rose affine ses propos par, « *Donc rééducateur, c'est un professionnel de santé qui vous propose des séances de rééducation ou de réadaptation pour retrouver une autonomie lors de vos déplacements et de retrouver une autonomie dans votre vie courante* ». Cette rééducation, pour Claude, est une suite d'exercices, « *quand on va chez un kiné il a peut-être plusieurs exercices à nous proposer et il adapte en fonction de notre personnalité* ». Rose s'exprime dans le même sens, « *Elle m'écoutait et changeait le traitement [...] les exercices, je pouvais les faire directement à la maison.* » Cette description met en avant la réflexivité dans l'action de sa MK. Cette notion est un des objectifs de cette nouvelle formation initiale.

Ces deux futurs formés au métier de MK portent en eux une représentation identitaire. Celle-ci serait plus une identité professionnelle qu'universitaire.

De ses connaissances, Charles affine la définition de MK, « *alors d'écrire un kinésithérapeute en 3 mots, déjà que son nom est double, on dit bien masseur-kinésithérapeute, et comme vous avez vu, c'est un mot qu'on emploie très rarement, on dit plutôt kiné* ». Cette approche consensuelle appuierait-elle la nouvelle nomenclature qui définirait le nom de ce métier. : Kinésithérapeute ou physiothérapeute. Le massage ne serait plus qu'un des outils thérapeutiques du catalogue de l'arsenal des approches thérapeutiques que propose ce métier. Le mot kiné est entré dans le langage courant familial. De nos entretiens, de nombreux interrogés utilisent soit kinésithérapeute, soit kiné. Ces deux étudiants affinent l'image du MK par les mots suivants : disponibilité, adaptation, diplômé, rééducateur, musclé et à l'écoute. L'adaptation serait-elle une preuve de réflexivité ? Charles développe son analyse sur ce mot, « *et moi, je dirais qu'on peut l'employer dans 2 sens. Le kiné doit faire preuve d'adaptation pour proposer un traitement à chaque patient même si c'est la même pathologie, les exercices sont différents, et adaptation, le kinésithérapeute doit s'adapter aux nouvelles technologies et il doit s'adapter et ça, c'est mon kiné qui me l'a dit, et à toutes les nouvelles formalités que la sécurité sociale avec le ministère de la Santé. Il n'arrêtait pas de me dire qu'en plus d'être kinésithérapeute, il était secrétaire de son cabinet et que ça lui prenait beaucoup de temps* ». Cette réflexivité décrite serait ajustable tout au long de la carrière professionnelle. Elle ne serait pas ciblée que sur une approche thérapeutique, mais bien sur une posture globale professionnelle de la personne. Ces propos mettent aussi en avant un fragment des actions professionnelles d'un MK. Il est gestionnaire de son activité par l'acquisition de nouvelles compétences. Cela met en avant que les compétences acquises lors de la formation initiale seront affinées, transformées et complétées tout au long de la vie.

Ces deux étudiants maîtrisent le synopsis de la formation initiale en massokinésithérapie. Pour ces deux individus, elle se termine par l'obtention du D.E. Ce D.E serait le début d'une professionnalisation. Pour Charles, « *il y a plein de formation après l'obtention de son diplôme pour se perfectionner sur des nouvelles techniques et, celles qui ont le plus de succès, ce sont celles où il y a que de la pratique. Donc ce n'est pas avec le diplôme que l'on est bon kiné, mais c'est bien en se formant régulièrement et peut-être en ciblant une pratique très spécifique* ». Ils énoncent sans de grandes difficultés le contenu du programme, en précisant l'importance de l'alternance cours magistraux-stages. Ces allers-retours se poursuivront lors des premières années d'exercice par une mobilité des individus. Pour Rose, « *mais tout ce que je sais, c'est que pour me faire la main,*

j'aimerais bien faire plusieurs cabinets pour voir les différentes pratiques avant de m'installer.». Charles s'exprime dans le même sens, « *je pense que pour me faire la main, je tournerai bien de cabinet en cabinet pour voir un petit peu les pratiques des autres. Et pour être plus performante le jour où je serai installée à mon compte* ». Cette formation initiale ne serait que « les » prérequis pour pouvoir exercer. Elle ne développerait pas complètement l'ensemble des approches thérapeutiques. Elles sont ciblées plus sur les approches gestuelles les plus performantes et non sur celles reconnues scientifiquement.

Charles et Rose sont deux des rares interviewés à se positionner sur le rôle social de ce métier. Ils se questionnent plus finement sur l'identité propre à chacun. Charles fait une relation entre niveau de diplôme et représentation sociale. Il prend comme référence le monde médical, « *le médecin, on va dire qu'il est plus considéré comme une personne....Quels mots pourrais-je employer pour le décrire ? Si on prend un petit village par exemple, le médecin peut être considéré comme un notable et donc je pense que ce mot correspond tout à fait parce que je veux vous dire c'est-à-dire qu'avec son niveau d'étude, le médecin, il fait au minimum 7 années, et il a une représentation sociale supérieure à l'infirmière ou à un kiné qui ne font eux, que 4 années. Alors je sais que ce n'est pas cohérent d'avoir une reconnaissance sociale par un niveau de diplôme. Mais c'est la société qui veut ça. Plus on est diplômé, plus on est socialement élevé.* » Cette réflexion l'amène à cibler cette hiérarchisation comme « *spécifique à la faculté et à la faculté de médecine* ». Pour Rose, « *il faut être réaliste, c'est bien le médecin qui, avec ses études supérieures, je ne sais pas si on peut dire supérieure mais un niveau d'étude supérieur aux études de kinésithérapie. Est ce que cela change quelque chose sur sa place dans la société. Je pense que oui. Il suffit de regarder un petit peu la littérature et ce depuis le 18e siècle, les médecins sont des notables dans une ville, même si de nos jours cela se retrouve moins. Et le médecin qui exerce dans des petites communes ou à la campagne, il fait bien partie des notables. Et on voit avec la désertification sur le territoire français qu'il y a un véritable manque, c'est comme si on enlevait dans une petite mairie le maire de la commune.* » Elle affine sa pensée par, « *je suis bien placé pour en parler parce que j'en ai un qui vient s'occuper de mes grands parents, on va dire qu'il est plus de la famille que le médecin qui pourtant, lui, s'appelle aussi le médecin de famille. Pourquoi je fais cette différence, je pense que le médecin, on le voit quand on est malade et que le kinésithérapeute, on le voit quand on a des problèmes fonctionnels et surtout, c'est qu'on le voit sur une période beaucoup plus longue. Vous savez, quand vous faites une séance et je vois pour mes grands parents une à 2 fois par semaine pendant plusieurs mois, vous pouvez être considéré comme un des membres de la famille.* » La différenciation faite entre maladie et problèmes fonctionnels pourrait confirmer l'absence du terme soin dans la représentation de ce métier.

Nous retrouvons aussi dans ce discours une reconnaissance identitaire élargie. Elle n'est plus que professionnelle, elle complète l'identité personnelle de ces acteurs, qui sont considérés comme membres d'une famille qui n'est pas celle d'origine. L'apport des SHS trouve toute sa place dans cette formation. Certaines personnes peuvent faire des transferts cognitifs, déclenchant des conflits. L'empathie est une notion développée par ces deux étudiants. Nous retrouvons là une approche du concept du Care.

Claude ne reconnaît que les orthophonistes comme acteurs dans la rééducation. Rose complète les propos de Claude par les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Elle les définit comme appartenant au groupe de la rééducation ; « *C'est vrai qu'ils appartiennent aussi au monde de la rééducation* ».

Le regard porté par ces deux futurs MK présente une identité professionnelle en construction tout au long de la carrière professionnelle. Elle ne se limite pas qu'à une représentation de gestes

techniques, mais pas une somme des diverses interactions. L'identité professionnelle est complétée par les différentes postures qu'un MK avance lors de l'exercice de son art. Il peut être un MK, un gestionnaire, un formateur, un intime, un professionnel du monde de la rééducation. Les relations humaines sont le cœur du métier, tout en positionnant l'individu socialement et socialement. Elle porte les traces du « prendre soin ».

d-3) Les étudiants en formation STAPS

Ces deux étudiants Pierre et Patricia ont mentionné quatre fois le mot soin et quatre vingt dix fois celui de rééducation. Pierre a été soigné par son « *kiné qui m'a soigné avait une spécialité non pas dans les tendinites, mais plutôt dans les sportifs* ». Il complète ses propos par « *un masseur kinésithérapeute propose des soins en rééducation et de réadaptation* ». La rééducation et la réadaptation seraient des outils thérapeutiques utilisables parmi un large choix du catalogue des soignants. À ce titre, un MK peut-être assimilé à un soignant. Patricia confirme ses propos par, « *donc ça fait des gens qui potentiellement peuvent avoir des soins* ». Ces deux étudiants à profil sportif identifient la place du MK dans le monde médical.

Pierre et Patricia ont côtoyé à titre personnel des MK pour de la rééducation. Pierre signale, « *donc, pour tous ces petits bobos que j'ai eus avec mon activité sportive, j'ai eu de nombreuses séances de rééducation. Sur les gros entraînements, un kiné est présent. Il est aussi présent lors des compétitions* ». Le positionnement de son kiné, hors cabinet, est une compétence des MK retrouvée dans cette nouvelle réforme. Pour Patricia, « *Et puis elle m'a suivi pour la rééducation de la main droite quand j'ai eu les 2 entorses de mes doigts, ça a été assez rapide* ». Une image identitaire s'est formée lors de ces différentes interactions patient-soignant. Elles pourront être mobilisées par ces futurs étudiants en massokinésithérapie. La formation initiale devra évaluer ces premiers apports afin de l'ajuster aux attentes de celle-ci.

Pierre recentre la place du MK, « *tout le monde sait qu'un kiné, ça fait la rééducation et ça fait marcher les gens et que ça s'occupe des patients après les accidents, ça s'occupe des sportifs, je vous l'ai déjà dit* ». Les propos de Pierre sont confirmés par ceux de Patricia, « *Bon, on va commencer par rééducation, là, ce n'est pas compliqué à comprendre, un masseur kinésithérapeute propose des soins en rééducation et de réadaptation. C'est-à-dire qu'il fait travailler vos articulations pour que vous ayez par exemple une marche normale et que vous pouvez revivre normalement* ». Elle affine sa description par du métier de MK par, « *un métier aussi où l'on touche son patient, et on le touche, moi le, le rééduquer, même si on fait des batteries d'exercices, on pose les mains pour regarder, pour toucher, pour sentir ce qui est en dessous* ». Pour cette étudiante, la rééducation serait une suite d'exercices ciblés contrôlés manuellement par un MK. Une identité professionnelle est affichée au détriment d'une universitaire. Pierre fait aussi le lien entre rééducation et exercices (« *on fait les exercices ensemble, et, finir les exercices* »)

Patricia et Pierre se représentent un MK comme une personne diplômée, proposant de la rééducation, courageuse, et en bonne condition physique. La formation initiale et le D.E ne seraient que la première étape de la professionnalisation des MK. Pour Patricia, « *Au début, il faut bien se faire à la main [...] Enfin, c'est ce que je vous disais, il faut bien se faire la main. Ils tournent de cabinet en cabinet, c'est en plus ça fait visiter la France pour voir comment sur les différentes pratiques. Ce qui permet à nous aussi de se perfectionner* ». Elle se justifie par, « *parce que ce n'est pas sortant de l'école qu'on aura fait le tour de tout, vous savez, c'est 80 % de stage à l'hôpital. Alors qu'il y a 80 % des kinés qui sont cabinet de ville, alors je ne dis pas qu'ils ne font pas le même métier, mais ils n'ont*

pas les mêmes patients au même moment. Alors après, est-ce que ce sont les mêmes techniques ? Peut-être, mais on ne peut pas dire que ce soit au même moment, donc il doit avoir des différences. Puis après, est ce qu'il y a des différences entre kinés, peut-être moi, je ne sais pas si tous les kinés pratiquent des techniques d'ostéo. Donc tout ça, c'est la pratique des jeunes diplômés ». Ces propos mettent en avant une inadéquation entre la pratique proposée en IFMK et celle de la réalité professionnelle. Cela souligne peut-être un manque de temps dans cette formation pour survoler l'ensemble des différentes approches thérapeutiques de la réalité professionnelle. L'identité façonnée dans ces établissements ne demanderait qu'à être ajustée. Elle complète ses propos sur la validation d'une l'identité professionnelle par le diplôme, « *Bah officiellement, on est kiné quand on a son diplôme. Moi je pense que, on l'a un peu avant, c'est pour ça que je vous disais que je voulais être kiné ».* Pour cette étudiante, elle valide la présence d'images informelles dans la construction identitaire professionnelle. Pierre rappelle qu' « *un kiné, c'est quelqu'un qui a été formé, qui a son diplôme, qui fait la rééducation ou la réhabilitation ».* Il modère ses propos par « *le diplôme c'est pour exercer. Si je ne me trompe pas tout simplement. C'est que pour exercer, il faut avoir son diplôme, donc sans ce bout de papier, vous ne pouvez pas être kinésithérapeute et je pense que là c'est simplement une formalité administrative, cela ne change rien ce n'est pas avec votre diplôme que vous serez un bon kiné, [...] je voulais déjà dit qu'il se forme régulièrement ».* Pour ces deux personnes, la construction identitaire professionnelle se construit au fil des années. Avec ce diplôme, ces deux étudiants abordent rapidement la position sociale des MK. Pour Patricia, « *Dans l'échelle sociale, vous voyez qu'un kinésithérapeute, il n'est pas tout en bas. Mais il n'est pas non plus tout en haut ».* Pour Pierre, un MK, « *je dirai tout simplement que c'est un des acteurs du monde de la santé. Si je parle au niveau reconnaissance sociétale, il est au niveau socio-économique relativement élevée. Je dirais que c'est un cadre».*

Ces deux interviewés connaissent le synopsis de cette formation initiale qui débute par une première année universitaire. Patricia maîtrise les buts et objectifs, le contenu, et l'ensemble des modalités de celle-ci. Son argumentaire repose sur les informations données par son « petit copain » qui est en première année dans la formation initiale en massokinésithérapie. Pierre se repose sur les informations recueillies sur les fiches ONISEP. Il précise que certaines matières sont identiques (anatomie, biomécanique, etc.) à la formation qu'il désire suivre (STAPS).

Patricia et Pierre reconnaissent que les orthophonistes, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les ostéopathes, et les psychomotriciens sont des professionnels de la rééducation, avec une approche thérapeutique spécifique à chaque métier.

Ces deux étudiants mettent en avant qu'une identité professionnelle singulière est retrouvée pour les MK. Elle complète celle de son groupe d'appartenance, le groupe de la rééducation, qui lui-même est inclus dans celui de la santé. Cette identité professionnelle personnelle débiterait avant la formation initiale et s'enrichirait par l'ensemble des interactions tout au long de la carrière professionnelle. Elle est aussi le reflet d'un positionnement social élevé.

d-4) Les étudiants en soins infirmiers

Ces deux étudiants, Muriel et Frédéric, ont été contactés par l'intermédiaire d'une directrice d'IFSI. Ils sont tous les deux en première année de formation initiale pour devenir infirmiers. Pour Muriel, « *je pense que j'ai le profil pour être infirmière ».* Nous pouvons nous questionner sur cette remarque. Pour Frédéric, « *tout simplement parce que j'avais envie d'être infirmier et ça depuis toujours. Alors en réalité, je voulais être médecin ou infirmier. Donc Ben, j'ai choisi infirmier. Et vous*

voulez savoir pourquoi ? Je ne suis pas choisi médecin. Bah, je vais être clair. Je pense que je n'ai pas le niveau pour faire les études.» Il précise son choix, « et puis après Ben, j'ai vu une infirmière, alors je ne sais pas si elle a été convaincante, ou pas, et c'est vrai que faire 3 années après le bac sans passer par médecine, ça me paraissait très bien suffisamment long et suffisamment court pour que je puisse les faire. Et puis quand elle m'a expliqué le programme. Ben je pense que j'étais capable de suivre ». Nous pouvons constater que ce sont des démarches choisies et non subies.

Le métier d'infirmier est connu et reconnu comme « LE » métier du soin depuis son origine. Il est affiché dès la formation initiale. Elle est nommée « formation en soins infirmiers confirmée par Muriel, « Vous êtes ici dans un institut de formation en soins infirmiers. »

À ce titre, c'est dans ce groupe que le mot soin est le plus énoncé. Il est mentionné cinquante fois, et rééducation que trente-neuf fois.

Ce mot est majoritairement ciblé avec celui d'infirmière. Mais pour Muriel, un MK « vous prend en charge parce que le médecin ou chirurgien ont estimé que vous aviez besoin de soins en kiné ». La cible de ses soins est « sur les patients malades », Muriel. La description apportée par ces deux étudiants positionne le soin comme une succession d'actes techniques prescrits. Ils en présentent une liste non exhaustive dont : « les toilettes, les piqûres, les pansements, la dialyse, la chimiothérapie, la prise de médicaments etc. » La notion du prendre soin ressort de ces entretiens. Frédéric précise qu'un infirmier « reste dans la délicatesse, la finesse de, de ces soins, la délicatesse des gestes, des gestes très fins, de faire attention, il est minutieux, etc. » Muriel élargit cette notion du prendre soin par « donc il faut bien se rendre compte que nous ne faisons pas que, on va dire que des soins, on est là aussi pour autre chose. Et puis, si vous voulez appeler ça des soins psychologiques, oui, bah on fait des soins psychologiques et je pense que si on n'est peu formé ou pas formés c'est pas que je veux de ça, que je veux dire ou pas préparé à ce côté humain du métier, eh Ben, je pense qu'on ne sera pas de bons professionnels de santé, mais bon, après, vous savez, une infirmière, un kiné ou alors téléphoniste, c'est aussi une personne ». Ces deux interviewés reconnaissent une identité professionnelle des infirmiers bien au-delà d'un simple soin. Le soin est un acte global reposant sur des interactions entre soigné et soignant, soignant-médecin et d'actes techniques prescrits.

Ces deux étudiants proposent une vision assez fine sur la reconnaissance identitaire d'un MK.

Pour Muriel, « les kinésithérapeutes sont connus et reconnus pour faire de la rééducation, c'est-à-dire pour redonner à un patient qui a une maladie, une opération ou un accident de la vie, une autonomie qu'il avait avant. Je pense que leur rééducation y a aussi le mot mouvement. C'est en faisant bouger les gens qu'on leur redonne de la force physique pour qu'ils puissent se tenir debout, remarcher, vivre normalement ». Frédéric apporte son regard par, « pour le kinésithérapeute, la rééducation par le kinésithérapeute, fait de la rééducation pour donner à son patient de quoi revivre normalement, c'est à dire qui l'aide à retrouver ses fonctions motrices et cognitives pour qu'il puisse rendre, et être de nouveau. Comme il était avant son accident ou son opération, ou au plus proche de ce qu'il était ». Ils ne se positionnent pas sur une reconnaissance de successions d'actes techniques, mais plus sur une approche holistique. La notion du prendre soin ressort lors de ces discours. Correspondrait-elle au profil de ces interrogés ?

Muriel précise que les actes techniques de ce métier (exercices) sont enseignés lors de la formation. Sans les nommer, elle est en capacité d'en décrire quelques uns (*Faire bouger, mobiliser les gens*). Frédéric complète cette liste par « massage, faire bouger ses articulations et faire du renforcement musculaire. » Par l'ensemble de leurs remarques, ils ont une vision d'un MK comme une personne « musclée » pour faire « de la rééducation ». Ils rapprochent certaines actions des MK au monde

« *des sportifs* », tout en signalant que les interventions d'un kiné « *ont aussi des enfants comme des personnes âgées* ».

Muriel connaît d'autres métiers de la rééducation. Elle mentionne les ergothérapeutes, les ostéopathes, les orthophonistes et les psychomotriciens. Frédéric n'en mentionne aucun.

Frédéric reconnaît que sa représentation du MK a été construite par des images « *virtuelles* » provenant de films ou de séries télévisées (*Bracelets rouges*). De nombreux interviewés font les mêmes constats. Une place non négligeable est retrouvée sur une image identitaire professionnelle du métier de MK. Celle-ci participe à la représentation informelle de ce métier.

L'approche de la formation initiale pour les MK est retrouvée mais reste assez abstraite pour ces deux étudiants. Ils reconnaissent une première année à la faculté de médecine, puis quatre années en institut.

Sur les contenus, Frédéric fait un rapprochement entre sa formation initiale et celle des MK. Ils seraient identiques sur les fondamentaux des cours théoriques (anatomie, etc.). La formation des MK « *c'est aussi pour être paramédical* » et il élargit son regard par ces propos, « *donc je pense que ma réflexion peut-être commune à tous les métiers paramédicaux* ». Il reconnaît que « *cette formation les kinésithérapeutes qui font 5 années d'études. Donc je pense qu'ils ont une équivalence master 2* ». Frédéric fait une différence entre reconnaissance universitaire et diplôme d'état. L'université sert à, « *avoir une reconnaissance de nos compétences, de nos savoirs, savoir-faire et de nos savoirs. Ne faut pas oublier que quand on ressort à la fin des études, que ce soit ici ou pour les masseurs-kinésithérapeutes, on n'a pas de diplôme universitaire, on a un diplôme d'État. Donc ça veut dire que l'État reconnaît que l'école nous a apporté toutes les connaissances et tous les savoirs pour qu'on puisse travailler tous pareils sur tout le territoire français. Et puis cette équivalence universitaire, elle sert aussi si on veut continuer, peut-être qu'avec le niveau master 2, on pourrait peut-être continuer à la faculté pour faire de la recherche* ». Muriel a pris connaissance des contenus de la formation initiale en massokinésithérapie à la lecture des fiches de l'ONISEP. Son discours est un « *copier-coller* » de la fiche présentant ce métier. Pour elle, cette formation initiale est une formation universitaire, « *Bah, ça me paraît normal que pour les kinés, ça soit une formation universitaire parce qu'ils font la première année de PACES* ». Muriel va dans le même sens que Frédéric. Sans la nommer comme formation universitaire, elle l'exprime dans son discours. Ces deux étudiants mentionnent le rôle important des stages. Ces stages valident les apports théoriques. Muriel reconnaît que sa formation continuera après le D.E, « *je ferais bien quelques années à l'hôpital aussi pour, je veux me faire la main, puis après me mettre en cabinet* ».

Seule Muriel reconnaît une place sociale de son métier et de celle des MK, « *Ben oui, vous avez, on est considéré comme des professionnels paramédicaux. On a bac plus 3. Donc on est considéré sûrement comme je ne veux pas dire, des petits cadres ou des cadres moyens. Après les cadres supérieurs, bah, c'est plutôt ceux qui font un bac plus 5 et puis qui vont plus loin, donc c'est pour les kinés et pour les médecins. Mais c'est vrai qu'après si on fait le classement par métier, les premiers métiers, ce sont ceux du monde médical. Parce qu'ils font sept années d'études. Après, vous avez tous les métiers paramédicaux* ».

Une identité pour autrui peut être définie par ces deux étudiants. Un MK est un professionnel du groupe des paramédicaux. Ce groupe est une des identités du monde de la rééducation, qui lui-même est inclus dans celui de la santé. Cette identité professionnelle personnelle débiterait par des interactions dans la vie privée. Des représentations informelles prépositionnent la future identité professionnelle avant la formation initiale. Un MK n'est pas qu'un simple exécutant d'exercices, mais une personne à part entière. Cette identité construite à l'université, se développe par des allers-

retours cours théoriques-stages. Puis après le D.E, elle s'enrichirait de l'ensemble des interactions tout au long de la carrière professionnelle. Cette identité n'est pas genrée. Elle est le reflet d'un positionnement social de cadre moyen.

d-5) Les étudiants en ergothérapie

Ces étudiantes ont été contactées par l'intermédiaire d'une amie directrice d'une école d'ergothérapie. La plus jeune, Katherine, est en première année, la seconde, Julia, en troisième et dernière année de formation. Pour cette dernière, son discours pourrait refléter des images informelles stockées lors des diverses interactions avec des MK sur les terrains de stage. Cette formation est un choix personnel pour Katherine suite à la consultation des fiches métiers de l'ONISEP au CIO dès la classe de première et la présence d'une ergothérapeute dans le cabinet médical où travaille sa mère. Pour Julia, c'est un choix par défaut, *« j'ai fait la 1^{ère} année de médecine. Et c'est fréquent au classement. J'avais soit le choix de redoubler, soit le choix de me réorienter. Et comme je voulais faire un métier paramédical et que je ne pouvais pas faire kiné j'ai donc commencé ma formation en ergothérapie »*.

Ces étudiants ont mentionné cinq fois le terme soin et vingt deux fois le mot rééducation. Pour Katherine, *« on a fait des soins dans ce métier »*. Julia propose sa vision du soin, *« les ergothérapeutes sont plutôt dans des structures, on va dire hospitalo-universitaires, de soins, de rééducation, maisons de retraite, hôpitaux psychiatriques »*. Les approches thérapeutiques proposées par Julia sont mutualisables avec d'autres acteurs en contact avec des personnes présentant une altération de santé.

Lors d'un stage de deux jours, avec l'ergothérapeute, Katherine a observé la prise en charge d'une patiente. Elle précise *« qu'elle allait lui proposer de la rééducation. Elle m'a dit que quand on était en libéral, c'était beaucoup plus compliqué de proposer des séances de rééducation »*. Lors de ses recherches au CIO, Julia a *« regardé les métiers qui faisaient de la rééducation, là que dans mes recherches j'ai trouvé le métier d'ergothérapeute que je ne connaissais pas du tout »*. Ces deux étudiantes positionnent leur futur métier comme un des acteurs du monde de la rééducation. Julia est en capacité de faire une différence entre son approche de sa rééducation et celle des MK, *« de mon 1^{ier}, j'ai compris que je ne ferai pas la rééducation comme les kinés.»* Son approche thérapeutique est globale, centrée sur une personne, alors qu'un MK s'occupe *« mais plutôt, une articulation [...] c'était de récupérer mon genou dans une fonction normale »*. Katherine, s'appuyant sur son expérience, définit sa rééducation comme une récupération des gestes de la vie courante, *« Je faisais la rééducation des 2 mains pour une personne qui était grande brûlée. Elle lui avait posé une attelle. Elle faisait la rééducation des mains pour pouvoir s'en servir, pour pouvoir manger, et faire tous les gestes de la vie quotidienne, par exemple, s'habiller, se laver, et donc j'ai trouvé que c'était passionnant »*. Cette différence se retrouve aussi dans les propos de Julia qui précise que cette rééducation est *« plus dans le côté relationnel, c'est ce que je retrouve en ergothérapie.»* Elle développe sa réflexion en exprimant ces propos, un ergothérapeute *« propose des séances de rééducation, écoute, parle beaucoup avec son patient. Vous savez l'origine de ce métier, c'est quand même au niveau de la psychiatrie. Et donc là on n'est plus dans le relationnel humain, ce que fait le kiné, qui est dans le toucher »*. Les propos de Katherine et Julia mettent en avant deux identités professionnelles différentes. Elle est identique à la posture de rééducation, mais elle ne cible pas le même objectif. Julia confirme cette différenciation, *« Bah tout ce que je peux dire maintenant, c'est que ce sont 2 métiers complètement différents, mais on emploie les mêmes mots, c'est-à-dire*

rééducation. Que l'on peut intervenir sur les mêmes patients. Mais on n'a peut-être pas les mêmes objectifs et on visualise peut être pas le patient de la même manière que le masseur kinésithérapeute, lui est plutôt ciblé sur une fonction du corps humain. Et que l'ergothérapeute et plus fixé sur l'intégration du patient dans la vie, et dans sa vie ».

Ces deux étudiantes ont une représentation à l'identique du MK exprimée par les mots suivants : rééducation, mouvement, sportif.

Katherine met en avant que le mot rééducation est attribué « *en première intention à un MK* » et Julia s'exprime dans le même sens, « *Quand vous dites que vous allez chez le kiné, tout le monde nous dit c'est pour votre rééducation, il vous fait de la rééducation, c'est-à-dire, tu me fais, vous faites travailler les articulations pour que vous puissiez avoir une mobilité que vous avez perdue suite à votre accident ou à votre traumatisme ou votre maladie* ». Pour Katherine, la rééducation « *c'est on va dire ce qui caractérise les masseurs-kinésithérapeutes* ».

Elle définit le mot mouvement comme « *un tas de mouvements pour que vous retrouviez votre autonomie* », et Julia confirme les propos de Katherine par, « *Bah, ça complète le mot rééducation. Pour pouvoir faire de la rééducation, il faut faire des mouvements, donc il faut travailler les muscles autour d'une articulation et pour faire travailler les muscles, on peut faire jusqu'à du renforcement musculaire* ». La rééducation serait une succession d'exercices et de mouvements adaptés à chaque patient.

Ces deux étudiantes ont une vision du MK sportif. Julia, « *on pourrait considérer que certaines aires de rééducation sont très sportives. Et puis, il ne faut pas oublier que beaucoup de kinésithérapeutes s'occupent de sportifs et de sportifs de haut niveau. Je prendrai juste l'exemple les matchs de rugby. Vous avez le kinésithérapeute qui est sur le bord du terrain et quand on a besoin de lui il vient, cela permet aussi aux joueurs de se reposer. Et on pourrait dire aussi que le kinésithérapeute doit être un sportif parce que, mobiliser, porter un patient, ça demande quand même une force physique. Et vous savez, comme ils sont tous en libéral, il faut tenir sur une longueur de journée. Donc c'est quand même un métier qui est apparemment assez fatiguant musculairement* ». Katherine complète les propos de Julia par, « *Parce que les kinés s'occupent de la rééducation de tous les sportifs et les sportifs de haut niveau. Et ce n'est pas anodin que certaines écoles acceptent les sportifs de haut niveau pour faire les études et je ne sais pas si vous avez suivi ou si vous suivez par exemple Roland Garros. On voit assez souvent le kiné qui vient auprès du tennisman pour le soulager de ses crampes, ou de refaire un bandage. Et c'est vrai que quand on parle de kiné souvent, on a l'image d'un kiné qui s'occupe de sportif ou alors c'est peut-être que ma vision* ». Nous retrouvons la place des médias comme une des images représentant une identité professionnelle des MK. Le MK, par son activité très dynamique, est considéré comme un sportif, et pour certains de haut niveau.

Julia ne connaît la formation initiale du métier de MK que par les fiches de l'ONISEP. Elle s'appuie sur sa formation pour définir celle des MK. Elle serait identique à la sienne, « *Je pense que c'est le cas pour tous les métiers. On a une approche théorique et puis après il faut bien appliquer ce que l'on nous apprend sur le terrain, que vous soyez boulanger, ingénieur, kiné ou ergothérapeute, du coup tout passe par la formation initiale qui vous propose progressivement d'année en année de rentrer dans le métier pour que vous soyez en capacité à l'obtention de votre diplôme de pouvoir pratiquer correctement* ». L'identité attachée à la formation se construit progressivement par l'acquisition de compétences issues des allers-retours apports théoriques-mise en action professionnelle. Nous retrouvons dans ses propos la définition de professionnalisation.

Ces deux étudiantes mentionnent que la formation initiale se termine par le D.E. Elle se complète par une première étape « *où on se fait la main* » Julia. Katherine s'exprime dans le même sens, « *vaut*

mieux commencer, comme tout le monde à l'hôpital, se faire à la main.» Julia complète par « *et après c'est là qu'on devient un vrai professionnel dans le métier que l'on a choisi* ». Elles reconnaissent que c'est une formation universitaire par la première année en PACES, par le partenariat d'une faculté de médecine et d'une école, et par une équivalence universitaire.

Katherine et Julia citent les orthophonistes et les psychomotriciens comme autres acteurs de la rééducation. Il n'est pas fait mention d'une reconnaissance genrée et de positionnement social pour le métier de MK.

L'identité pour autrui s'exprime par une appartenance au groupe de la rééducation. Les acteurs de ce groupe sont décrits par leur activité professionnelle. Celle-ci est une suite d'exercices ciblés. Cette identité professionnelle trouve la genèse de sa construction bien avant l'entrée en formation. Elle s'appuie sur des représentations informelles et s'enrichit tout au long de la formation jusqu'au D.E. Cette identité n'est pas stabilisée à un temps T, elle s'étoffe, se complète et s'enrichit tout au long des différentes interactions professionnelles et personnelles. L'intervention d'un MK reste prescrite, tout en laissant une autonomie centrée sur le choix des thérapeutiques apportées au patient.

d-6) Conclusion

Un large consensus est retrouvé sur la reconnaissance du MK comme « le » professionnel de la rééducation. Cette reconnaissance met en avant une identité professionnelle ciblée. Cette dernière est l'une de celles participantes à la construction identitaire du groupe de la rééducation. Ce groupe est reconnu comme l'un des groupes du monde paramédical, lui-même inclus dans le monde de la santé. L'ensemble de ces approches se retrouvent-elles lors de la formation initiale ?

Cette identité est définie comme une identité professionnelle, tout en s'appuyant sur celles des universitaires qui participent à sa construction lors de la formation initiale.

Elle est décrite comme non genrée, mais un profil est mis en avant sur une stabilité physique et psychique des MK. L'accès au corps d'autrui, le toucher, les détresses physiques et psychologiques du patient sont autant d'interactions que le MK doit intérioriser et prendre en compte lors de sa prise en charge. Les interviewés expriment que les MK font preuve d'empathie, de bienveillance et de compassion auprès de leurs patients. Cela les positionne dans une posture du « prendre soin » de la notion du Care.

Cette identité est une évolution permanente de la double identité personnelle et professionnelle. Une place importante des contacts informels avant, pendant et après la formation initiale est affichée comme l'un des maillons de la construction identitaire personnelle et professionnelle. Cette identité positionne le MK sur l'échelle sociale comme cadre, et socialement comme notable pour certains. Ces notions sont exprimées, mais ne sont pas « l'atout majeur » pour devenir MK. Ce qui est recherché est plus une formation initiale courte, une autonomie d'installation, une autonomie de mobilité et une autonomie dans sa pratique. Cette autonomie exprimée est un des axes proposés par le concept d'universitarisation. Cela répond à une de nos questions secondaires de notre recherche : En quoi ce concept d'universitarisation va-t-il modifier l'identité des futurs formés ? Cette notion n'était pas officiellement retrouvée sur la formation initiale précédente.

Cette identité est décrite comme professionnelle par sa pratique. Elle est définie par des approches thérapeutiques d'exercices différenciés et ciblés. La validation de l'efficacité repose sur le ressenti du patient et non sur les recommandations universitaires scientifiques.

La notion de « recherche scientifique » attachée à la formation universitaire est très peu avancée. Les interrogés définissent l'identité universitaire par l'obtention d'un titre de Docteur. Ce titre serait

la première étape d'accès à la recherche. Une très grande majorité des sondés reconnaissent la présence de l'université comme l'un des trois acteurs de cette formation, mais ne la définissent pas comme universitaire par non accès à une branche spécifique LMD réservée aux MK.

Des notions universitaires sont exprimées par les interviewés : la réflexivité, l'autonomie, la lecture d'articles « scientifiques », l'ébauche d'une écriture scientifique universitaire, la posture de « chercheurs néophytes ». L'ensemble de ces notions ne permettent pas de classer cette formation initiale comme universitaire. L'identité affichée est une identité professionnelle avec des empreintes universitaires.

2- La construction identitaire professionnelle des MK décrite par des étudiants en formation initiale en massokinésithérapie

Introduction

Les travaux de Dubar, Sainsaulieu, Fray, Perez-Roux et Gohier mettent en avant que l'identité professionnelle est une représentation d'un « soi professionnel » qui s'inscrit dans la construction globale du « soi personnel ». Celle-ci se construit lors de diverses interactions formelles, non formelles et informelles aux contacts des professionnels et des pairs du métier choisi. Cette identité professionnelle permet à l'individu de se reconnaître, de se faire reconnaître et d'être reconnu socialement. C'est une notion instable qui s'enrichit des constructions et des déconstructions d'identités phantasmées, des allers-retours entre apports théoriques-apports de pratiques professionnelles.

L'apport de l'université sur cette construction identitaire sera exploré par la recherche des verbatim spécifiques à celle-ci (Compétence, Unité d'Enseignement (UE), autonomie, réflexivité, lecture scientifique, mémoire recherche, questionnement, équivalence master, mobilité Erasmus, etc.).

Nous commencerons notre analyse sur la vision d'appartenance de ces étudiants au groupe du soin et/ou du groupe de la rééducation. Nous la continuerons en essayant de proposer des réponses à nos questions de recherche. Nous essayerons de rapprocher les discours des interviewés à une identité professionnelle ou à une identité universitaire.

Les étudiants sélectionnés sont issus de plusieurs IFMK pour ne pas avoir un discours porteur d'une identité ciblée. La parité femme-homme est respectée, et nous retrouvons deux étudiants par année d'études. Cela nous permettra, peut-être, de mettre en avant une progression de la construction identitaire. Nous n'avons pas d'étudiants déficients visuels.

Annie, étudiante en deuxième année, est la seule à faire ces études par défaut. Elle est issue de la PACES et son classement ne lui permettait pas de continuer en médecine. Les sept autres étudiants ont choisi cette formation. Ce choix provient soit d'un contact personnel avec un MK, de faire des études médicales courtes, d'entrer sur le marché du travail rapidement, et d'avoir une reconnaissance sociale.

2-1 Connaissance du groupe d'appartenance ?

Comment ces étudiants se positionnent-ils par rapport à cette formation ? Sont-ils des étudiants ? Des futurs soignants ? Ou des futurs rééducateurs ?

Le mot « soins » est retrouvé dix fois sur l'ensemble des interrogés, mais seulement cinq fois directement associé aux MK. Seuls quatre étudiants explorent ce terme. L'étudiante K2 précise que, « *alors faut pas oublier que nous avons en soin des gens* ». L'étudiant K3 rapporte les propos d'un de ces patients, « *les soins que je lui avais apportés convenaient tout à fait parce qu'il avait dit* ». L'étudiante K3 mentionne que les soins sont échelonnés sur une période un peu plus longue, « *je serai encore là pour la continuité des soins* ». L'étudiant K4 cible la rééducation comme un soin spécifique, « *là c'est des soins en kinésithérapie. Et je, c'est qu'on a envie de développer des compétences et de proposer des soins* ». L'utilisation de « soins » par ces mêmes étudiants se retrouve associé à « soins de suite, soins externes, soins infirmiers ». Cet échantillon de 40 % des répondants aboutit à ne pas inclure le métier de MK comme acteur du soin.

Cette non verbalisation du mot « soin » met en avant que ces étudiants ne font pas de rapprochement avec leur formation. On le retrouve dans le rappel du dispositif de formation cycle 1 : comprendre les situations de soin ; cycle 2 : agir avec compétences dans les situations de soin. Il est aussi rappelé lors d'une prise en charge clinique que « *des échanges et adaptation du projet de soin en fonction des objectifs négociés avec la personne soignée* » seront une des bases des approches thérapeutiques proposées par un MK. Ce mot « soin » est affiché quarante sept fois dans le décret de 2015. Le législateur positionne le futur MK dans une posture de soignant. Une identité professionnelle de soignant serait à développer lors de cette formation. Il semblerait que cette notion et les compétences attenantes ne soient pas validées par nos interviewés.

Ces étudiants seraient-ils plus le reflet d'une appartenance au groupe de la rééducation ? Nous rappelons que ce terme est mentionné cinquante cinq fois dans le décret de 2015. Dans ce décret, nous ne retrouvons pas un écart suffisamment important pour attribuer un groupe d'appartenance aux futurs diplômés. Le législateur les positionne comme appartenant aux « *professions de santé* ». Il n'est mentionné qu'une fois le mot « paramédicales » dans « *Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 29 juin 2015* ». Le législateur positionne ce métier comme une des entités des différentes professions paramédicales. L'identité attachée à ce positionnement cible plus une posture identitaire professionnelle. Le soin et la rééducation sont plus reconnus par des approches thérapeutiques d'actions (pour les MK : mise en action sous forme d'exercices).

Ces étudiants se positionnent plus sur le mot rééducation. L'étudiant K2 mentionne « *le kinésithérapeute et un des professionnels de santé qui fasse de la rééducation et la réadaptation. C'est un groupe d'exercices et de prise en charge pour un patient qui a des troubles fonctionnels* ». Cet étudiant a intégré qu'il n'est pas le seul intervenant en rééducation. Il doit partager des compétences avec d'autres professionnels. Sur ce point, son identité serait une des composantes de l'identité du groupe des rééducateurs. L'étudiante K2 s'exprime dans le même sens, « *La rééducation, c'est exactement le métier que font les kinés, c'est-à-dire qu'ils essaient avec des exercices, donc vous redonnez vos capacités que vous aviez avant ou l'accident ou la maladie* ». Cette étudiante fait ressortir plus une identité professionnelle qu'universitaire. L'étudiante K3 apporte la même réflexion que la K2, « *Rééducation, c'est le cœur même du métier, la rééducation, c'est le fait de proposer l'exercice et un programme à un patient, il a une pathologie qui le gêne dans sa vie courante, donc par une série d'exercices on l'amène à retrouver son autonomie, qu'il pouvait avoir avant ou s'en rapprocher le plus* ». L'étudiant K3 résume la rééducation à « *faire les relations entre le cours théorique et l'approche thérapeutique et proposer certaines thérapeutiques. C'est à dire certains exercices, certains mouvements* ». L'étudiant K4 a une approche plus construite, « *bah la rééducation*

c'est exactement le métier de kinésithérapeute, c'est-à-dire, face à une pathologie, est un patient qui a perdu une partie ou la totalité de son autonomie, le masseur-kinésithérapeute, par son intervention, propose un protocole de rééducation pour rétablir des fonctions au plus proche de la demande du patient et en tenant compte aussi de sa faisabilité, et de la réalité par rapport à la pathologie ». L'étudiante K4 s'exprime avec un regard « d'experte », *« la rééducation, le masseur-kinésithérapeute fait de la rééducation fonctionnelle pour redonner au patient l'ensemble de ces fonctions psychomotrices et cognitives pour qu'il puisse retrouver une vie sociale normale, ou une vie sociale normale par rapport à des déficits permanents. Si vous comprenez, c'est le cas, lui, paraplégique, il pourra ne pas remarquer, mais il aura une vie sociale normale. Quand je dis, il aura, faut lui souhaiter ».* Pour ces deux derniers étudiants en fin de formation, le discours fait preuve de maturité. Nous notons une progression dans la réflexion. Les différents apports de cette formation amènent les étudiants à ne plus cibler la rééducation comme une suite d'exercices, mais comme une démarche réflexive et holistique autour du patient. Nous pouvons constater une progression identitaire professionnelle. Celle-ci n'est pas lisible par les deux étudiants K3. Elle se rapprocherait plus d'une posture universitaire que professionnelle.

Ces discours positionneraient la posture des futurs Mk comme une d'appartenance au groupe de la rééducation. La spécificité de cette identité professionnelle reposerait sur les buts et objectifs de cette formation définis par le législateur. Nous pouvons en mentionner un : Le Bilan massokinésithérapique ou le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

Nous rappelons que du questionnaire exploratoire à la question n°15, *« vous considérez que votre formation initiale vous positionne comme »* : l'acteur principal de ma spécialité à 9,75%, l'acteur principal du soin de ma spécialité à 8,13 %, un acteur dans le soin à 26,8 %, et un des acteurs de la rééducation à 55,28 %. Les discours recueillis confirment les réponses du questionnaire. L'identité professionnelle du MK est bien une des identités du groupe de la rééducation.

2-2 la construction identitaire à l'université : entre une identité professionnelle et une identité universitaire

Les travaux de Perez-Roux et All, (2019) ont mis en avant une articulation entre professionnalisation et universitarisation. Bourdoncle (2000) précise que *« la professionnalisation d'une activité repose sur divers dispositifs dont le principal nous semble être l'universitarisation de sa formation professionnelle. Ceci entraînant la rationalisation de sa pratique grâce à l'acquisition par les praticiens de savoirs de hauts niveaux produits par les universitaires de la profession ».*

Pour ce métier, sa professionnalisation a débuté dès sa création en 1946 par des ajustements réguliers de sa formation initiale.

Ces huit personnes se présentent comme étudiants en massokinésithérapie. Nous rappelons que du questionnaire exploratoire sur la question 12 *« Dans votre formation initiale vous vous considérez comme »* : à 58,5 % ils se considèrent comme des étudiants, à 21,13 % comme un professionnel en devenir jusqu'à l'obtention de ma qualification (Diplôme) et à 13,8 % comme un professionnel en formation. Le cadre théorique avancé par ce questionnaire ne correspond pas aux représentations des interrogés. La répartition des réponses des K1 jusqu'à K4 met en avant une posture différente par année. Les K1 se considèrent comme étudiants à plus de 73 %, les K2 à 58 %, les K3 à 55 % et les K4 à 51 %. Celui-ci met en avant un changement postural progressif des étudiants. Nous ne

retrouvons pas de cohérence entre les réponses du questionnaire et les propos des étudiants en formation.

Les interviewés se positionneraient différemment. L'étudiant K1 précise que cette posture est affichée aussi sur les terrains des stages « *qu'on est vraiment considéré comme les étudiants, on est présenté comme étudiant en kinésithérapie* ». L'étudiant K2 mentionne que « *100 % des étudiants ont leur diplôme d'État* ». Le jeune K3 mentionne sa posture d'étudiant « *donc c'est vrai que je ne me plains pas au niveau de ma situation en tant qu'étudiant* ». La jeune K3 cible tous les formés de son IFMK, « *normalement oui, dans cet établissement c'est 98 % des étudiants qui l'ont* ». L'étudiant K4 est le seul à s'exprimer sur deux postures d'étudiants, celle au sein de son IFMK, « *c'est vrai que moi la 1^{ière} année, comme je le dis, j'étais bon étudiant* » et celle de l'université, « *oui, je sais, on est considéré comme des étudiants à la fac* ». Doit-on comprendre qu'il y aurait deux identités différentes en fonction du lieu d'apprentissage ? Cet étudiant propose une troisième posture identitaire liée aux conditions particulières d'enseignements dans son IFMK, « *Vous avez ici, ils ont ouvert un CFA à côté. Donc y'a des conventionnements très particuliers. Il y a des étudiants qui font leurs études de kiné comme s'ils étaient dans un CFA de mécanique.* » Pour lui l'identité personnelle percute celle attendue par la formation initiale en IFMK, « *et non, je ne dirai rien mais ce sont ceux qui ont le plus de mal à obtenir le diplôme, et qui redouble assez souvent, faut pas oublier que les études de kiné sont quand même des études, on ne va pas parler du coût financier des études, ce sont des études qui sont longues, dures, professionnalisantes, et puis je vois il faut aussi avoir un standing on n'était pas des médecins, mais on en contact avec les médecins, des chirurgiens, donc il faut qu'on soit presque à leur niveau pour pouvoir discuter correctement.* » Il s'est exprimé sur l'emploi du mot standing. Il reposerait sur une image de l'échelle sociale. Spontanément, la jeune K4 s'exprime par « *cela dépasse l'étudiante que je suis* ».

Nous ne retrouvons pas dans nos entretiens de changements posturaux. L'ensemble de ces étudiants, porteurs de représentations informelles, non formelles et des apports théorico-pratiques de cette formation, se considèrent étudiants jusqu'à l'obtention du D.E. Avec ce diplôme, ils seront des professionnels de santé. Ils continueront à se former.

Mais, l'ensemble de ces jeunes reconnaissent une posture professionnelle. Celle-ci est mise en avant lors des stages. L'étudiant K1 mentionne sa posture de professionnelle lors des différents stages, « *c'est quand je suis allé en stage et celui qui m'a le plus plu, c'est celui en cabinet libéral. J'avais l'impression de me retrouver au même endroit. Mais ce coup ci de l'autre côté de la barrière, c'est à -dire que c'était moi le professionnel* ». Celle-ci est retrouvée par différents propos des interrogés des K1 jusqu'aux K4. Les propos de l'étudiante K4 résument à eux seuls ceux tenus par ces confrères, « *Moi, je me souviens qu'il disait, et pas plus tard que dans mon dernier stage, bon, est ce que tu peux passer, voir Madame un tel et tu lui fais de la Kiné respiratoire* », donc on voit que l'on est vu comme des professionnels de santé à qui ont fait confiance, et dans le monde libéral où cette confiance est importante, c'est comme cela qu'on s'installe en on gagne la confiance des médecins prescripteurs, des patients et c'est comme ça qu'on se fait une réputation ».

Un des attendus de l'université sur la création d'une identité universitaire pour ces jeunes formés à l'université et par des universitaires n'est pas retrouvé. Ils présentent plus une identité d'étudiants en formation professionnelle. Ils sont reconnus comme étudiants MK au sein des différentes structures d'apprentissages théorico-pratiques, et comme professionnels sur les différents espaces d'applications de leurs pratiques professionnelles. Cela correspond aux définitions de la construction identitaire des auteurs cités en début de chapitre.

À ce stade de notre réflexion, les propos apportés par ces jeunes ne valident pas notre problématique.

L'appropriation du synopsis de cette formation est connue de tous les étudiants. Ils en connaissent le déroulé, les buts et objectifs et le vocabulaire. Le rapprochement entre faculté de médecine et IFMK (K4 garçon) est retrouvé. Ils maîtrisent aussi la double inscription, « *l'ouverture des droits à la sécurité sociale étudiante* » (K1 garçon), « *l'ouverture de droits à une mutuelle étudiante* », « *l'accès à la bibliothèque* » (K2 garçon), « *l'accès au resto U* » (K1 fille). Ils mentionnent tous une équivalence du D.E soit à un niveau Master soit au grade Master. Ce niveau d'étude ouvre « *la possibilité qu'on fasse de la recherche* ». (K2 fille). Ils reconnaissent aussi deux profils de formateurs. Des formateurs Mk de formation initiale et des formateurs diplômés d'une université. C'est à ce titre qu'ils qualifient leur formation comme formation universitaire.

Le K1 garçon explique que « *ce n'est pas compliqué, on a fait la première année de PACES, donc là on était à la fac, et pour faire les études de kiné, la fac a passé des partenariats avec les instituts ce qui permet aux instituts, de faire venir des enseignants qui viennent de la fac. Alors ils ne viennent pas pour nous faire des cours de kiné parce qu'ils ne sont pas formés pour ça. Ils viennent pour d'autres les cours que l'on a en plus, c'est pour ça qu'ils ont rajouté d'une année tout ce qui tourne, l'économie en santé, oui, je pense que je dois en oublier d'autres. Ah oui, à la sociologie des métiers* ». Pour l'étudiante K1, cette définition de formation universitaire se ferait par l'apport « *des sciences humaines et sociales, apparemment, il paraît que c'est la nouveauté depuis quelques années. Donc, c'est pour ça qu'on est devenu une formation universitaire, c'est-à-dire que y'a le partenariat qui est fait avec une fac de médecine. Et donc ils ont allongé les années d'études d'une année et on a des intervenants de la faculté* ». Cette étudiante affine sa remarque sur la pertinence de ces « *nouveaux enseignements* », « *J'avoue que ces cours vous ouvrent sur une autre vision de la kinésithérapie. Il faut aussi élargir notre vision sur notre métier, nous appartenons aussi au monde de la santé. Et après, si on va beaucoup plus loin, on a une reconnaissance dans la société par le revenu parce que l'on fait, on a une reconnaissance par le ministère de la santé [...] il y a beaucoup de kinésithérapeutes de l'ancienne formule qui n'avaient pas tous ces cours* ». Cette étudiante fait preuve d'une grande maturité de positionnement de son futur métier après seulement quatre mois de formation. Par ces propos, c'est une des identités universitaires qui est mise en avant. Le regard d'une prise en charge thérapeutique par un MK n'est plus mono-centré sur un déficit « *moteur* », mais bien sur une approche plus holistique.

Les deux profils différents des formateurs sont exprimés par ces étudiants. Ils sont en capacité de cibler les enseignements apportés par les universitaires ou par les MK. Les formateurs universitaires dispensent des enseignements en cours magistraux sur différents thèmes, l'anatomie, la traumatologie, les sciences humaines et sociales, les sciences de la santé, la sociologie, et pour certains l'anglais et l'approche méthodologique d'écriture du mémoire. L'étudiante K2 précise que pour rendre les cours plus ciblés au métier de MK, certains formateurs universitaires « *mettent souvent des cas concrets, dire, vous avez le cours d'année, on vous explique les muscles, et puis bah soit il faut voir sur le squelette, soit ils font des dessins, soit il nous demande qu'on regarde sur son voisin et ils nous mettent des cas concrets par exemple et là c'est mieux un peu plus clair, surtout quand vous commencez.* » L'étudiante K3 résume parfaitement les propos des autres formés, « *vous savez, on va dire 2 profils de formateurs, vous avez tous ceux qui sont formateurs de l'université qui interviennent ici ou alors on va à l'université, nous avons les cours et donc cela, ils vous apprennent, c'est ce que je vous disais, des cours théoriques avec un peu là pour t'aider, et il donne des cas*

concrets sur la kinésithérapie ou pour la kinésithérapie. Et puis à côté, vous avez, moi je pourrais les appeler les vrais formateurs, ce sont ceux qui sont kinés et qui pratiquent encore, on ne peut pas avoir mieux, hein, dans un premier temps, ils connaissent le métier, ils connaissent les pratiques. En plus, ils nous expliquent leurs pratiques à eux qui, même si elle n'est pas validée, elle est conforme aux cours magistraux que l'on a, et c'est vrai que dans les cours, moi je le vois depuis qu'on fait là patho, on peut pas avoir toute la rééducation en même temps et il restera sûrement des champs entiers que l'on découvrira en pratiquant quand on sera diplômé ». L'étudiant K4 en fin de formation confirme ces propos, « pareil, les enseignants qui viennent de la fac, ils arrivent toujours à nous mettre dans leurs interventions, on va dire des cas concrets en relation avec la kinésithérapie. Et je pense que c'est ça qui est bien. Alors, c'est sûr qu'eux, quand ils parlent de kinésithérapie, c'est par rapport à leur matière ».

Cette dernière remarque met en avant une professionnalisation des intervenants universitaires et une « démarche » d'universitarisation des formés. Ces propos sont retrouvés dans les travaux de Perez-Roux (2019). Pourquoi démarche ? Peut-être par le fait que le formateur pour appuyer et valider son raisonnement universitaire s'oblige à mettre en avant une adaptation de son identité professionnelle adaptée au public. Il se rassure lui-même en s'affichant comme un « sachant » de ce métier, mais il met aussi en avant la posture de néophyte des apprenants.

Les étudiants sont en capacité d'exprimer une différence entre les apports universitaires et les apports professionnels du métier de MK. L'étudiant K3 s'exprime sur ce positionnement, il mentionne que « *ce qui paraît logique pour apprendre un métier, autant avoir des formateurs du métier. Donc là, si je suis ce raisonnement, ceux qui sont plus, les plus à même à nous, à nous enseigner correctement le métier, ce sont bien les kinés, donc en plus il leur faut maintenant le master 2 parce que, par équivalence, on a le grade. Donc ils sont compétents au moins sur 2 branches, un sur la branche de la formation, parce qu'ils ont le master 2 en sciences de l'éducation. Et puis dans la thérapie parce qu'ils sont diplômés d'État. Après, dans l'idéal, si on pouvait avoir l'ensemble de nos formateurs, qui soit encore sur le terrain et là, ça serait l'idéal parce qu'ils seraient vraiment le reflet, la manière dont pratique un kinésithérapeute sur le terrain. Parce que, je vois, c'est qu'y a quelques enseignants ici qui sont en même temps tuteurs de stage, mais à l'hôpital il y en a aussi quelques-uns qui travaillent encore en cabinet de ville à mi-temps. Mais beaucoup ne sont que formateurs. Donc je ne sais pas si c'est cela qui sont plus compétents. Tout ce que je sais, c'est que bon, ils ont une approche très théorique et qu'ils sont toujours avec des cas concrets, et c'est peut-être ils font peut-être appel à leurs connaissances que de quand ils travaillaient, mais je pense que ceux qui répondent le mieux. Je veux dire à nos questions, mais à votre questionnement sur, on va dire les bonnes pratiques, ce sont ceux qui travaillent encore ».* L'étudiant K1 expose les mêmes propos avec une vision de « débutant », « *tous les formateurs qui sont kinés. On ne peut pas apprendre la kinésithérapie à quelqu'un si on ne la connaît pas et qu'on ne la pratique pas. Connaître la kinésithérapie ce n'est pas compliqué à faire, il suffit de prendre des livres. C'est à la portée de tout le monde et de connaître la kinésithérapie. Vous pouvez apprendre son histoire. Vous pouvez apprendre comment ça fonctionne. Vous pouvez apprendre des séries d'exercices, mais après, vous les appliquez comment, quelles sont toutes les subtilités, si un exercice pour un genou ne fonctionne pas, vous allez faire lequel, puis avant d'appliquer une technique est ce que vous l'appliquez sur le bon patient ? Est-ce que ce n'est pas incompatible avec ce qu'il a comme pathologie ? Tout ça n'est pas écrit, c'est simplement au contact du patient, et au contact des formateurs qui travaillent, que l'on apprend tout ça. Vous savez, la kinésithérapie c'est aussi alors le mot y a, il y a masseur-kinésithérapeute. Je voulais revenir au massage, tout le monde a déjà fait du massage dans sa vie, on s'est passé de la crème, on*

a massé le dos de sa copine. Donc ça ce n'est pas compliqué à faire. On a aussi massé quand on avait des crampes, mais la réalité, c'est qu'il y a plusieurs techniques, plusieurs approches. Et puis si on fait un massage au mauvais endroit, on peut, peut-être au lieu d'avoir un effet bénéfique ou aggraver, certaines pathologies. Donc tout ça, même si ça s'apprend sur des livres. Il faut bien qu'on puisse le visualiser, alors ce n'est pas avec les tutos sur Internet qu'on pourrait faire, c'est vraiment aussi le faire avec des kinés qui travaillent et qui ont l'habitude de faire les séances parce que, même si on sait qu'il faut placer les mains à cet endroit ou si on fait plutôt cet exercice par rapport à un autre. Ce qui est intéressant, c'est de comprendre pourquoi, pourquoi faire cette technique, pourquoi on l'a commencée à ce moment-là du traitement ». Cette longue réflexion est rapportée dans son intégralité. Dans un premier temps, elle résume à elle seule les propos des sept autres étudiants. Nous pouvons avancer que sans la nommer, le concept de professionnalisation est sollicité. L'étudiant se construit une identité professionnelle lors des différentes interactions avec un référent, un tuteur, un expert, ou un professionnel du métier toujours en exercice. Ce qui est recherché, ce n'est pas la bonne prise en charge, mais le cheminement réflexif qui y aboutit. Cela aboutira à une prise en charge personnalisée à chaque « séance ». Le Mk sera autonome dans sa pratique. Celle-ci reposera sur une approche réflexive mesurée par la balance bénéfice-risque lors de la mise en action d'un choix thérapeutique.

Nous retrouvons une dualité identitaire entre l'identité professionnelle du MK sollicitée par un patient prescrit et une identité universitaire réflexive et autonome. L'identité ainsi construite pourrait être comparée à un puzzle. Chaque pièce stabilise celles qui l'entourent. Mais elle n'en définit pas une plus que l'autre. Un juste équilibre permanent est recherché de la part de ces futurs professionnels. C'est par une réflexivité affinée par l'expérience professionnelle qu'une identité plus professionnelle sera affichée face au patient. Ce dernier faisant confiance en leur kiné. Nous rappelons que de nombreux patients connaissent la formation des MK. Cette confiance reposerait sur la connaissance d'une formation issue de la faculté de médecine, comme les médecins.

L'étudiante K4, en fin d'études, appuie ses propos, « *oh ben, non, là c'est très rapide. Je pense que ceux qui transmettent le mieux les savoirs, les savoir-faire, les savoir-être et les connaissances n'ont pas les connaissances théoriques, mais les connaissances dans la pratique sont les formateurs qui sont issus du métier. Donc pour nous, ici, ce sont des formateurs qui sont diplômés d'État. Bon bah, c'est un kinésithérapeute. Dans un monde idéal, il faudrait que ces formateurs aient encore une activité sur le terrain, que ce soit à l'hôpital, ou en cabinet de ville parce que là, il serait à jour sur toutes les nouvelles technologies. Par exemple, et sur les nouveaux appareils. Un formateur kiné, ici, vous savez, pour être formateur, kiné, ils prennent plus de jeunes diplômés. Ils prennent les kinés au moins avec un Master 2. Donc c'est vrai, s'ils ne font que de la formation, et même s'ils lisent, qu'ils se forment à côté, ils ne sont plus dans tout le côté relationnel que l'on peut avoir avec le patient. Parce que la base de notre métier, ce n'est pas de faire la rééducation. C'est de faire accepter un patient qui met entre vos mains un retour sur sa vie normale, et c'est là ou c'est tout ou c'est compliqué. Il y a des fois où on ne pourra jamais récupérer ce qu'ils étaient avant ».* L'étudiant K4 tient les mêmes propos. Ce dernier apport met en avant deux points. Le premier serait qu'en fin de formation initiale une identité plus professionnelle est actée. Cela correspond à l'image d'autrui déjà exposée ci-dessus. Le second : la maîtrise du vocabulaire et un regard réflexif, affichent plus une identité universitaire.

L'étudiante K3 a intégré cette notion de réflexivité. Elle l'exprime avec ses mots, « *la pratique faite par notre tuteur de stage peut être la pratique que l'on a pu déduire avec des cas concrets et la pratique que nous on pourrait faire avec la réflexion et notre approche ».* Sa réflexivité fait appel à des allers-retours entre les apports théoriques et des apports professionnels. En s'appuyant sur des

cas concrets, le travail en petits groupes au sein des IFMK, permet de développer une analyse réflexive. Ce travail en petit groupe permet aux formés d'échanger entre eux, souvent accompagnés par un étudiant de niveau supérieur ou d'un formateur. Cette identité s'affine jusqu'à la quatrième année. Cela correspond à un des attendus du mémoire de recherche de fin d'études. Ce dernier serait la signature de la réflexivité de l'étudiant.

L'objectif de réflexivité, porté par l'université, est atteint au moins pour ces étudiants en dernière année d'études. Cette posture identitaire réflexive perdure-t-elle après le D.E. ? De très nombreux interrogés se feront la main après le D.E, et se formeront sur des approches spécifiques en fonction de leurs appétences. L'étudiante K4 précise que « *peut-être qu'avec l'expérience, je me spécialise dans tel ou tel prise en charge* », l'étudiant K4 confirme que l'identité professionnelle se construit sur toute la carrière, « *Ce n'est pas le Diplôme d'État qui fait de l'étudiant devient un vrai masseur-kinésithérapeute, mais tout le cheminement qu'il en prend pour se former tout au long de sa carrière* ». Les propos des étudiants confirment l'existence de l'approche réflexive tout au long de la carrière professionnelle. L'étudiante K4 l'exprime par ses mots, « *je vois ce que nous disaient tous nos tuteurs, c'est que la pratique et la théorie, c'est bien, mais pourquoi sur ce malade, ça ne marche pas, donc il faut essayer de trouver pourquoi. C'est ce qu'on appelle la notion de réflexivité, et d'autonomie* ». De nouveau, par les verbatim employés, c'est l'identité universitaire qui est portée par cette étudiante. L'étudiant K1 est conscient que sa formation initiale a de limites et qu'il sera amené à se former après le D.E, « *Faut simplement savoir si l'on veut être généraliste ou si on veut se spécialiser. Donc, si on veut être généraliste, je pense qu'après 2 ou 3 ans la pratique en tournant sur les cabinets ou en changeant de services dans les hôpitaux, on commence à être un vrai kiné. Après pour se spécialiser et bah il faut faire des formations à côté parce que ce n'est pas ici qu'on ne nous proposera toutes les possibilités, par exemple on ne parle pas d'ostéopathie* ». Les autres étudiants expriment eux aussi cette notion de formation tout au long de la carrière. Lors de ces formations, ces MK s'appuieront et mobiliseront cette compétence, acquise lors de la formation initiale, la réflexivité, pour s'approprier de nouvelles compétences dans la spécialité choisie.

Nous rappelons que cette approche réflexive a deux objectifs. Un pour la formation et un pour le (futur) professionnel.

L'étudiante K3 mentionne que la réflexivité des MK est induite par des contraintes administratives. Les séances de rééducation « *sont paramétrées par la sécurité sociale. C'est une demi heure ou ¾ d'heure, mais il va falloir réfléchir très vite, c'est-à-dire, de proposer le traitement le plus adapté au patient et vous n'avez pas 1/4 d'heure pour réfléchir. Donc après à chaque séance, vous adaptez, donc ça va très vite* ». Cette notion est activée avec cette contrainte de temps. Cela peut biaiser l'approche thérapeutique. Le choix apporté doit reposer sur une dualité entre faisabilité d'une approche thérapeutique et un temps délimité. Comment apporter un « soin » de qualité si celui-ci nécessite une durée non compatible avec l'approche institutionnelle. Certaines approches thérapeutiques peuvent être plus courtes en fonction des patients (nouveau-nés, etc.) ou plus longues en fonction du patient et d'une pathologie. Cette réflexivité ne peut s'afficher dans sa totalité.

Pour la formation Signeyrole⁷⁷⁵ (2015) précise que la réflexivité est un des outils d'évaluation des compétences que dispose le formateur, « *cette analyse réflexive s'appuiera sur le travail de mise en lien entre connaissances (qu'elles soient théoriques, pratiques, méthodologiques) et les situations vécues, rapportées et explorées par les étudiants : théorie vers pratique et inversement* ». Cette

⁷⁷⁵ Signeyrole J., 2015, « *En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation ? Une question de lecture et de perspectives.* » Kinésithérapie la revue 15-167, p.37-41, p.41

réflexivité pour s'exprimer verbalement ou par écrit. Le mémoire de fin d'année devra la faire ressortir. Ce qui est attendu de la part de l'évaluateur n'est pas une suite de propos, mais d'arriver à faire des liens entre les eux et d'en proposer un consensus basé sur un référentiel validé.

Pour le (futur) professionnel, il⁷⁷⁶ précise que l'approche réflexive est l'outil qui sert « à mieux identifier pour proposer la thérapeutique la plus adaptée ». Pour « entretenir » cette réflexivité, le MK a une obligation à se former tout au long de sa carrière. Cette notion de réflexivité est une nouvelle approche apportée par cette formation initiale universitaire.

Cette réflexivité s'affine d'année en année. Cette notion très abstraite pourra être mise en avant lors de différents travaux, dont l'analyse critique d'article scientifique. De nombreux mémoires de fin d'études proposent une revue de littérature.

L'identité portée par ces étudiants serait plus une identité universitaire. Elle fait appel au développement d'une pensée « réactive et critique » par rapport à l'ensemble des possibilités d'approches thérapeutiques. Cela conduira l'étudiant et le MK à rédiger le BDK. Cela répondrait à notre question secondaire, c) : La réflexivité du soignant modifie l'approche thérapeutique des MK. Il n'est plus proposé un « standard » de prise en charge, mais une approche holistique s'appuyant sur les dernières recommandations de bonnes pratiques. Le formé adaptera son approche en fonction des buts et objectifs de son patient et non en fonction des buts et objectifs des « exercices standardisés ». Mais lors de la mise en action de l'approche thérapeutique, le MK s'appuiera sur ces compétences professionnelles métier. Nous pouvons considérer qu'il y aurait une mise en avant d'une identité professionnelle secondaire.

L'autonomie est une notion abstraite que développerait l'université. Un apprentissage universitaire n'est pas qu'un simple apport de connaissances et de savoirs mais l'acquisition de compétences issues d'une pensée construite, critique et réflexive. Un étudiant autonome n'est pas un étudiant livré à lui-même. La crise du Covid a bouleversé les approches pédagogiques de l'ensemble de notre système éducatif, et tout particulièrement l'ensemble des filières professionnelles dont celle des MK. Lors des différents confinements, les étudiants n'ont plus eu accès aux différentes interactions professionnalisantes. Ils se sont retrouvés seuls, livrés à eux-mêmes entre des cours en distanciel et les visualisations de pratiques professionnelles provenant des divers supports numériques. De nombreuses enquêtes ont acté que l'identité personnelle de ces étudiants a été fortement bousculée, et pour certains très perturbée. Pour pouvoir s'approprier cette formation, ils ont fait appel à une autonomie permanente. Avec un accompagnement à minima, ces étudiants ont hiérarchisé et priorisé l'ensemble des différents apports pour se construire professionnellement. Cet accompagnement pédagogique, essayait de rendre les étudiants autonomes et non seuls. Notre recherche a été concernée par ces confinements. Certains entretiens ont été effectués en distanciel et non retenus.

L'autonomie des étudiants débute dès la première année. Celle-ci se retrouve dans les 1610 heures de travail personnel du premier cycle. Cette autonomie est à la fois la mise à disposition des possibilités qui sont offertes à l'étudiant pour piloter son propre apprentissage et à la capacité de celui-ci d'agir sur ce processus. Cela l'amène à conduire son propre parcours d'enseignement-apprentissage, en vue d'atteindre les objectifs qu'il se fixe. L'objectif principal est la réussite du

⁷⁷⁶ Ibid. 778, p.41

parcours et l'obtention du D.E, les objectifs secondaires sont sur les passages du cycle 1 au cycle 2. L'autonomie de l'étudiant doit rester dans le cadre défini par le législateur.

L'ensemble des apprentissages repose sur des modules d'enseignement dont certains ne sont pas obligatoires, mais fortement recommandés. C'est à l'étudiant autonome de se positionner sur sa présence au sein de ces modules. Celui qui ne sera pas choisi ne sera pas reproposé à l'étudiant. L'étudiant autonome construit son apprentissage.

Ces modules spécifiques sont retrouvés sur le cycle 1, UE 12 et UE 13, sous la rubrique UE optionnelles, et sur le cycle 2, UE 31 et UE 32, avec un intitulé d'UE optionnelles. Chacun de ces modules est crédité d'ECTS (2 ou 4). On retrouve dans les recommandations pédagogiques des UE 12 et UE 13 la notion d'autonomie : « *L'autonomie est laissée à l'étudiant pour le choix de son approfondissement. Il peut s'agir de valider un MOOC* ». Il est précisé que le contenu de ces UE repose sur « *le choix de l'étudiant* ». Sur les UE 31 et 32, c'est « *l'étudiant qui le souhaite* » et « *l'étudiant qui choisit* » les éléments de contenu. Ces choix se retrouvent dans le cahier des charges défini dans chaque IFMK.

Nous pouvons acter que l'université développe une identité universitaire. Nous pouvons constater une modification identitaire de ces futurs professionnels.

De nombreux étudiants avancent une autonomie d'installation, de gestion de leur vie professionnelle et personnelle, de gestion d'une structure et sur l'orientation de leurs pratiques. Ils mentionnent que cette autonomie est sous tutelle, « *on est un métier réglementé, sous la tutelle du ministère de la santé et de la sécurité sociale* » étudiant K4. Cette remarque conforte notre proposition d'une « *autonomie tronquée* » des MK.

L'ensemble des interviewés décrivent que l'autonomie accompagne une posture de choix d'orientation professionnelle. Pour l'étudiant K1, « *c'est aussi un choix. Faut simplement savoir si l'on veut être généraliste ou si on veut se spécialiser.* » L'étudiante K1 tient les mêmes propos, « *je ne suis pas fixé si c'est à l'hôpital ou son cabinet libéral* ». L'étudiante K2 propose différents lieux d'exercices : en cabinet libéral, en cabinet de groupe, en centre de rééducation, à l'hôpital, en clinique. Elle préférerait travailler en cabinet libéral mais pas seule. Les six autres étudiants préféreraient travailler en cabinet de ville. Cet échantillon de 10 % à l'hôpital et 90 % en libéral est approximativement le reflet des pratiques professionnelles. Plus finement, un certain nombre de MK ont une activité mixte (salariale et libérale). Ces chiffres ne reflètent qu'une vision de ce métier. Un MK peut-être aussi autonome sur le choix de sa présence comme formateur, expert, expert auprès des tribunaux, représentant syndical, et/ou du conseil de l'ordre, cadre. Cette autonomie de choix d'installation et de représentation professionnelle est un projet de vie. Certains préfèrent l'hôpital pour les avantages du salariat, mais ils sont conscients d'une rémunération inférieure à celle des libéraux, d'autres une activité libérale. Sur la rémunération, l'étudiante K1 avance ces propos « *tout simplement. Je vais être très réaliste par rapport au salaire* ». L'étudiant K2 se positionne sur « *c'est vrai que je me vois de plus en plus installé dans un cabinet de groupe pluridisciplinaire* ». Les six autres étudiants se positionnent plus sur une activité libérale pour des motifs assez concordants, dont une d'autonomie de gestion du couple vie personnelle-vie professionnelle. Cette différenciation met en avant deux représentations différentes du métier de MK. Plus finement, ces étudiants précisent que la pratique professionnelle n'est pas dépendante d'un lieu d'exercice. Il y aurait bien une identité professionnelle commune à l'ensemble de ces interviewés, au détriment d'une identité universitaire. Nous retrouvons dans les verbatim et les sens des phrases de ces étudiants toute l'ambiguïté de cette double identité. Les étudiants ne se positionnent pas plus sur une identité

professionnelle ou universitaire. Ils s'appuient sur l'une ou l'autre en fonction du contexte et de la situation. Cela fait preuve d'une réflexivité permanente qui positionnera une autonomie d'appropriation d'un choix « réfléchi ». A ce stade de notre analyse, c'est une identité universitaire qui primerait sur la professionnelle. L'étudiante K2 conforte nos propos sur une autonomie plurielle par, « *je dirais l'autonomie c'est être capable de choisir pour la rééducation que l'on va proposer aux patients, mais c'est aussi quand on est en cabinet libéral, l'autonomie de prendre des patients quand on veut, de gérer son planning et de gérer autant sa vie professionnelle que sa vie personnelle, donc on a une large autonomie et pas que professionnelle donc ça aussi c'est important dans notre métier* ».

Cette notion d'autonomie est très fréquemment adossée à celle de réflexivité pour les sondés. L'étudiant K1, sans nommer ces deux termes, les décrit parfaitement, « *Il faut aussi réfléchir (réflexivité) pour savoir ce que l'on va faire (autonomie) et c'est ça qui est bien* ».

Pour ces étudiants, l'autonomie se retrouve par l'emploi de verbes d'actions dont « *adapter, changer, modifier, compléter, ajuster, choisir* » et l'ensemble des expressions qui leur sont attribuées. L'utilisation de ces termes fait appel à la réflexivité des étudiants.

L'autonomie apportée par l'universitarisation de cette formation initiale serait plus une autonomie professionnelle qu'universitaire. L'autonomie ne serait que l'adaptation des approches thérapeutiques proposées par les MK. L'étudiant K1 mentionne que « *vous pouvez peut-être adapter votre rééducation en fonction du profil de votre patiente* », et l'étudiante K2 précise « *il faut adapter, il y a que les kinésithérapeutes qui peuvent le faire* ». Les compétences de ces professionnels sont mises en avant par rapport à celles des autres professionnels du monde de la rééducation. Le médecin prescripteur laisse le libre choix des approches thérapeutiques à chaque professionnel ciblé. De nombreux interviewés précisent que les prescripteurs ne connaissent pas le « déroulé » d'une prise en charge par un MK, à l'exception des chirurgiens et des rhumatologues. L'identité par autrui, avec ces compétences d'autonomie, la positionne plus comme une identité universitaire.

Les compétences acquises lors de cette formation permettent à l'étudiant K3 d'être en capacité d'adapter consciemment son approche thérapeutique, « *on comprend comment les adapter et comment les cibler en fonction des maladies* ». Cette autonomie d'action, l'étudiante K3 l'exprime par : « *pour une rééducation sur un patient et cette prise en charge sur une même pathologie, elle sera différente en fonction du patient* ». Cette notion d'autonomie permet à l'acteur du soin de ne pas standardiser son approche thérapeutique. Ce nouveau modèle d'approche conceptuelle n'était pas celui développé sur les formations précédentes. La cible de l'universitarisation de cette formation n'est plus une pathologie, mais le patient. Celui-ci est au cœur des « préoccupations » du soignant. Ce dernier doit s'adapter aux attentes de la personne et à celles qu'il propose. De nouveau le binôme autonomie-réflexivité sera actionné. Une approche thérapeutique singulière sera proposée à chaque patient. Celle-ci se construit tout au long de la formation puis dans le déroulé de la carrière professionnelle. Cette formation initiale construit progressivement cette notion d'autonomie. Le formé pourra la solliciter inconsciemment lors de ces approches thérapeutiques. L'étudiant K4 l'exprime par « *on devient masseur-kinésithérapeute avec peut-être un peu de pratique et un peu de recul pour pouvoir être capable de travailler en autonomie* ». L'étudiante K4 se projetant dans son futur métier sera autonome dans l'adaptation de ses traitements, « *ce métier propose une rééducation, une approche sur la rééducation, la réadaptation adaptée à chaque patient* ».

L'étudiant K2 précise que certaines approches très « techniques » lui limitent son autonomie, « *vous savez, ce n'est pas avec les machines que l'on peut adapter les traitements* ». L'utilisation des plateaux techniques serait, pour cinq de ces étudiants, une des conditions de bonnes pratiques. L'autonomie de prise en charge de certaines pathologies est conditionnée à cet aménagement (Ex : BPCO). L'étudiante K4 nous informe que, « *c'est vrai que pour certaines prises en charge, il vous faut des plateaux techniques très lourds. Je ne vous donnerais pas l'exemple de la BPCO ou le protocole et les bonnes pratiques et les recommandations de bonnes pratiques où ils vous font un détail du matériel qu'il faut avoir.* » Ces propos affichent une double limitation de l'autonomie professionnelle. La première reposerait sur la capacité financière du professionnel à s'équiper pour valider son approche thérapeutique. La seconde limitation est « imposée » par la sécurité sociale, organisme régulateur des bonnes pratiques, comme le signale l'étudiante K4, « *Et là, je peux vous dire qu'en ce moment, c'est ce que disent les kinés, la sécurité sociale, elle descend, elle vérifie bien si vous avez bien le plateau technique adapté parce que on regarde la codification, je veux pas dire que c'est un acte de kinésithérapie qui est rentable pour le kinésithérapeute, mais c'est l'un des actes les plus élevés* ». Cette autonomie régulée ne se retrouve pas uniquement sur les outils d'une pratique, mais sur l'ensemble des approches thérapeutiques. L'étudiant K4 constate que « *Donc, on, même si on a des traitements, on va dire de base, standards, à appliquer sur telle pathologie avec les recommandations de bonne pratique, il faut constamment adapter son traitement* ». À ce niveau, le professionnel de santé est contraint d'ajuster son autonomie en fonction des consignes du législateur. Il redeviendra pleinement autonome après l'assimilation des nouvelles consignes (dans notre cas un aménagement de matériel conforme au cahier des charges du législateur). Pour certains, ces contraintes peuvent-être considérées comme une perte d'autonomie remplacée par une injonction de pratiques standardisées.

Pour conclure, l'autonomie annoncée par une formation universitaire est bien retrouvée chez ces étudiants. Elle n'est pas enseignée, mais suggérée tout au long du parcours scolaire par des choix issus d'une posture réflexive d'analyse de différentes situations. Cette autonomie universitaire prépare l'étudiant à être une personne autonome dans sa formation et dans sa future vie professionnelle.

Si un des objectifs de l'université est de préparer une personne à produire des savoirs savants en toute autonomie ; celui-ci n'est pas atteint. Les étudiants de cette formation ne produisent qu'un mémoire d'initiation à la recherche. Le synopsis de cet écrit ne laisse que très peu de place à une autonomie d'écriture.

3- La problématique, les questions de recherche et les hypothèses au regard de l'analyse

L'analyse de l'ensemble de ces témoignages nous permet de questionner nos différentes hypothèses, et de répondre aux questions qui y sont attachées. Nous exprimerons les propos des formés (identité du soi), et ré-exprimerons brièvement celle qu'ils pensent afficher (identité du nous, questionnaire) et celle exprimée par d'autres (identité pour autrui, questionnaire et entretiens). L'approche par ces trois représentations devrait nous positionner sur une posture identitaire de ces formés.

Nous rappelons que la représentation identitaire par autrui repose sur des analyses ciblant des professionnels MK diplômés d'avant cette nouvelle formation. Cela pourrait être considéré comme un biais. Nous nous sommes questionnés sur la notion de changement identitaire professionnel sur une population qui a très peu de références identitaires de MK formés par cette nouvelle formation. Les MK questionnés, ou cités par les différents interviewés ont tous été formés avant cette dernière

réforme. Nous pouvons avancer que les images formelles, non formelles et informelles de représentations de ce métier ont toutes été construites plus sur l'activité professionnelle des formés que sur la formation elle-même. Lorsque cette dernière est investiguée, elle repose soit sur des contacts avec des professionnels, soit d'un vécu personnel, soit à la lecture de diverses fiches professionnelles ou soit d'images des médias. Les approches de cette nouvelle formation sont bien exposées, mais c'est plus la description du métier qui est développée.

Le concept d'universitarisation ne cible pas seulement les pédagogies universitaires, mais bien l'ensemble de l'écologie de l'université, qui est une entité à part entière.

Nos propos s'appuieront sur l'ensemble de nos entretiens exploratoires, de recherches et du questionnaire. La problématique sera explorée en fin d'analyse. Enfin, la conclusion devrait nous permettre d'envisager des perspectives et des ouvertures sur cette formation initiale.

3-1 Hypothèse 1 (H1)

Nous rappelons notre hypothèse principale (H1) : L'appropriation des normes universitaires pour l'obtention du D.E en massokinésithérapie reposera sur une posture identitaire universitaire autonome et réflexive à visée de recherche. Cette approche modifie l'identité professionnelle de ces futurs MK.

Celle-ci doit répondre à notre question principale : Le défi de cette universitarisation sur l'identité des futurs MK correspond-elle à celle attendue par l'université ?

L'université, par son partenariat avec les différents IFMK, met à disposition son expérience pédagogique. Elle accompagne l'ensemble des équipes pédagogiques à se les approprier (Travaux de Perez-Roux 2018,2019, 2020) pour que ceux-ci deviennent leur nouveau modèle pédagogique de référence. Cette appropriation a percuté les anciennes représentations de formation, de la formation et des formateurs de ce métier. Le duo professionnalisation-universitarisation est mobilisé par ces deux entités différentes. La recherche d'un juste équilibre fragilise la mise en avant d'une identité.

L'université, par l'« absorption » de cette branche professionnelle, se professionnalise pour enrichir son monopôle des formations et des métiers du soin. Le métier de MK et sa formation initiale activent le binôme professionnalisation-universitarisation. Pilotti, Avenel, Perez-Roux (2019), Remondière (2018) constatent dans un premier temps que le métier se professionnalise par la professionnalisation de ses formateurs et de sa formation initiale. Cette professionnalisation induit une reconnaissance des méthodologies éducatives apportées par l'université. Ce binôme professionnalisation-universitarisation modifie les deux identités de ces deux acteurs que sont la formation initiale en massokinésithérapie et l'université. L'identité universitaire s'enrichit des nouvelles identités professionnelles des acteurs de cette formation et de celles du métier. Nous rappelons, qu'à ce jour, une très grande majorité de ces acteurs ont au moins une qualification de niveau Master 2, et que de nombreux MK ont des titres de docteur. Nous retrouvons là une « universitarisation » du métier au sens où les différents acteurs de la formation initiale reconnaissent un parcours universitaire.

L'identité professionnelle « ancestrale » repose plus sur des représentations posturales d'actions par, pour et dans le métier. Sa progression identitaire est actée depuis sa création. Dès l'origine, elle était « bridée » par l'identité professionnelle universitaire médicale.

L'attendu de cette universitarisation sur l'identité des formés est partiellement retrouvé. La réflexivité, l'autonomie sont retrouvées dès les premiers jours de formation et s'affinent tout au long

de celle-ci. Les étudiants mettent en avant une dualité permanente entre une identité professionnelle et universitaire. Ils se sont appropriés la posture universitaire par les différentes descriptions verbalisées, mais ils positionnent cette identité face à des « actions professionnelles ». Le regard apporté par l'ensemble des interrogés ne positionne pas une représentation identitaire professionnelle ou universitaire. Les formés présentent l'une ou l'autre en fonction des situations auxquelles ils participent. Il est retrouvé une posture universitaire après le D.E au moins sur un item : la réflexivité. L'autonomie est plus exprimée sur l'écho-système professionnel, que sur une autonomie dans les modalités de la pratique professionnelle. Ce corps de métier précise que l'autonomie est reconnue comme incomplète et possède des frontières définies par des acteurs non MK. La notion de recherche n'est exprimée que par l'appropriation d'analyses critiques d'articles et le mémoire de fin de formation.

Les formés expriment qu'ils pensent projeter une image d'eux-mêmes comme professionnels paramédicaux.

La représentation identitaire par autrui positionne le formé comme un professionnel et non un universitaire.

L'hypothèse une est partiellement validée.

Pour la valider dans sa totalité, les interrogés préconisent que cette formation soit complète dans le processus d'universitarisation, c'est-à-dire de respecter la progression LMD.

3-2 Hypothèse 2 (H2)

Notre première hypothèse secondaire (H.2) propose que : l'identité des futurs diplômés serait plus une identité professionnelle qu'universitaire.

Elle doit répondre à cette question : Par quels processus ce concept d'universitarisation va-t-il modifier l'identité des futurs formés ? (Q 2)

Ces jeunes en formation se considèrent et sont considérés comme des étudiants, des étudiants de formation professionnelle.

Pour développer une identité spécifique universitaire, l'université apporte son catalogue complet de son organisation et des méthodologies d'enseignement. Le synopsis de cette formation initiale répond dans sa totalité à un synopsis universitaire. Le découpage par cycles, par modules, le vocabulaire employé, les différents modes d'évaluations et leurs validations, la validation universitaire du niveau de fin d'étude sont maîtrisés et mobilisés par les étudiants. L'apport des concepts et des savoirs universitaires sont acceptés partiellement par les étudiants. L'appropriation de ceux-ci est exposée par les étudiants K4 qui sont en capacité d'établir des liens entre ces apports et ceux dispensés au sein des IFMK. Mais ils reposent leurs propos presque systématiquement sur des allers-retours avec ceux apportés par les professionnels MK des instituts et les tuteurs de stage. De ces allers-retours les étudiants sont à la recherche d'une certification universitaire de leurs approches professionnelles. L'identité professionnelle serait à la recherche de sa validation universitaire. L'identité professionnelle peut être considérée comme une identité secondaire et l'identité universitaire comme la principale. Cela les met en tension. Ce processus d'allers-retours devrait les stabiliser l'une par rapport à l'autre sans en mettre une plus en avant.

Les interviewés pensent projeter une image d'eux comme professionnels paramédicaux.

La représentation identitaire par autrui positionne le formé comme un acteur professionnel et non un universitaire.

Notre hypothèse est partiellement validée.

En tenant compte de ces seconds propos et, au regard de ceux de notre première hypothèse, une identité universitaire serait plus portée par les étudiants qu'une identité professionnelle.

3-3 Hypothèse 3 (H3)

Notre seconde hypothèse secondaire (H.3) propose que : les étudiants acceptent avec grande difficulté l'approche universitaire.

Elle doit répondre à cette question : Les étudiants ont-ils intégré la notion d'universitarisation ? Et comment l'applique-t-il ? (Q 3)

Le concept d'universitarisation est abordé sur ces deux points principaux : les moyens mis à disposition par l'université et la formation universitaire.

Ces jeunes expriment que leur posture d'étudiant universitaire est une contrainte. La double inscription IFMK-université est acceptée par obligation. Les différents avantages que pourraient apporter cette « universitarisation », ne sont que très peu exploités dans les domaines qu'elle propose. À titre d'exemple, la mobilité Erasmus est reconnue comme non valorisante pour et par les étudiants. Pour certains d'entre eux, il y aurait des « doublons » comme par exemple la bibliothèque. Cette universitarisation des moyens apportés en complexifie son appropriation. La vie estudiantine est plus affichée dans les IFMK.

Ils comprennent, acceptent et se sont appropriés beaucoup plus le contenu pédagogique de la réforme de cette formation initiale. Une continuité identitaire universitaire est portée à l'entrée des IFMK par celle de la première année de formation en PACES. Pour certains, cette identité est un ajustement de celle portée en Terminale. À l'entrée en première année d'études en IFMK, de nombreux étudiants stabiliseraient leur propre identité. Le choix de cette formation peut en être désiré ou subi par défaut. Ce choix subit correspond au classement de PACES ne donnant pas accès à une formation médicale.

L'imprégnation et l'acceptation des approches pédagogiques universitaires se retrouvent dans l'intégration posturale réflexive et d'autonomie partielle des étudiants. Elles sont sollicitées lors de l'écriture et de la soutenance du mémoire de fin de « scolarité ». L'expression de cette universitarisation par les étudiants n'est que très peu retrouvée. Les étudiants se positionnent plus sur leur professionnalisation.

Les interviewés pensent projeter une image d'eux comme professionnels paramédicaux.

La représentation identitaire par autrui le positionne comme un professionnel et non comme un universitaire

Notre hypothèse est partiellement validée.

Cette posture identitaire partiellement universitaire complète celle décrite ci-dessus.

3-4 Hypothèse 4 (H4)

Notre troisième hypothèse secondaire (H.4) propose que : Les étudiants ont une approche plus dans la réflexivité que dans la pratique de gestes professionnels.

Elle doit répondre à cette question : Ce changement identitaire modifiera-t-il les approches thérapeutiques des futurs MK ? (Q 4)

La notion de réflexivité est une notion abstraite. Elle ne peut-être enseignée. Elle se conçoit lors de différentes interactions proposées aux étudiants tout au long de la formation. Le questionnement de l'étudiant doit être la base de sa réflexivité. Son appropriation s'affine sur le parcours de formation par les diverses situations (ou mise en situation) de plus en plus complexes. L'écriture du mémoire recherche termine la construction de cette réflexivité.

Les formateurs et les tuteurs expriment que l'ensemble des étudiants mobilisent plus leur réflexivité en fin de formation. Le processus d'universitarisation a modifié l'approche thérapeutique de ces individus du monde de la santé. Cette notion activée est à double sens. Dans un premier temps, elle est sollicitée par des allers-retours sur les recherches pertinentes de validation d'une approche thérapeutique. Dans un second temps, lors d'une approche thérapeutique, le professionnel la sollicite pour ajuster sa prise en charge.

Les étudiants sont décrits comme « *des professionnels qui se questionnent trop face à un patient* ». Certains professionnels (tuteurs de stage) sont déstabilisés par le regard et le questionnement du « stagiaire » et le regard et le questionnement du patient. La pratique professionnelle en est modifiée. Elle en devient une pratique professionnelle réflexive s'appuyant sur cette notion universitaire. Les étudiants sont formés indirectement à cette notion afin qu'elle soit sollicitée intuitivement et systématiquement lors des approches thérapeutiques, et qu'elle soit la première approche thérapeutique proposée au patient. Cette approche ne se positionne pas uniquement sur une approche thérapeutique mais sur une approche plus holistique autour du patient. Elle est décrite par l'ensemble des étudiants.

Les étudiants expriment que la réflexivité les aide et les accompagne sur le bon choix de leurs pratiques professionnelles.

L'identité par autrui a mis en avant que certains MK ont une posture identitaire professionnelle lors de leur prise en charge. Ils « s'occupent » d'une pathologie avant le patient. Cette réflexivité se met en mouvement sur différents niveaux de la pensée, soit consciemment, soit intuitivement.

Les formés expriment qu'ils pensent projeter une image d'eux comme professionnels paramédicaux. La notion de réflexivité n'est pas avancée.

La représentation identitaire par autrui positionne le formé comme un professionnel et non un universitaire. Il n'est pas retrouvé de verbatim pouvant suggérer cette notion par l'ensemble des questionnés.

La posture identitaire universitaire est validée par les étudiants, mais partiellement pour les autres interviewés.

Notre hypothèse est validée.

Cette identité universitaire complète et amplifie celle décrite ci-dessus.

3-5 Hypothèse 5 (H5)

Notre quatrième hypothèse secondaire (H.5) : Les étudiants ne font pas référence aux pratiques « ancestrales ».

Elle doit répondre à la question suivante : Quelle place est laissée à l'identité professionnelle ancestrale ? (Q5)

Nous nous sommes questionnés sur la pertinence de cette hypothèse et de la question attachée.

L'évolution de ce métier portée par l'universitarisation de sa formation initiale met en avant une dualité entre deux représentations identitaires pour un même métier, celle des nouveaux formés depuis 2015, et celle antérieure à cette réforme. À l'exception des étudiants, les regards portés par l'ensemble des interviewés reposent sur des représentations non formelles et informelles d'acteurs du terrain d'avant cette réforme. Cela pourrait être considéré comme un biais. Ces regards ne seraient pas la réalité du terrain actuel.

Lors de notre revue de l'état de l'art c'est la pratique professionnelle par une succession d'exercices qui est mise en avant. Celle-ci évolue très peu, le changement principal de cette nouvelle formation est plus sur la méthodologie d'approche thérapeutique avant celle de son exécution. Dans notre premier chapitre, nous avons mis en avant au moins une technique ancestrale : le massage.

L'identité professionnelle de très nombreux formateurs et tuteurs de stage est porteuse d'une représentation professionnelle dans l'action, le savoir faire (Travaux de Perez-Roux 2019). Les approches thérapeutiques apportées reposent sur un catalogue de pratiques par des exercices. Les verbatim qu'utilisent ces formés mettent en avant une ancienneté des pratiques (mobilisation active, étirement, kiné active, kiné passive, massage, etc.) sans en justifier une temporalité. Cela correspond à la méthodologie d'apprentissage de cette formation. Cette nouvelle réforme met en avant l'étudiant au centre de sa formation. Cela remplace la méthodologie « ancestrale » d'apports de connaissances, de savoirs et de savoir-faire dispensée par des formateurs. Ce changement d'approche éducative a-t-elle modifié l'identité professionnelle de ces nouveaux formés ?

Nous avons retrouvé dans les témoignages et notre revue de littérature les notions de réflexivité et d'autonomie portées par ces MK.

Cette réforme aurait-elle juste validé les pratiques « ancestrales » par une validation universitaire ?

L'apprentissage des gestes professionnels n'a pas été modifié.

Certains étudiants connaissent l'origine et les pratiques professionnelles antérieures à cette nouvelle formation. À l'exception de la double inscription et des nouveaux apports élargis sur des apprentissages universitaires (Sociologie, l'économie en santé, etc.) les étudiants sont dans l'incapacité de se projeter sur les modifications qu'apporterait cette universitarisation sur les « pratiques ancestrales ». La notion d'approche thérapeutique réflexive est une posture « ancestrale ». Elle ciblerait l'ajustement réflexif sur « le bon traitement composé des bons exercices ». Ces derniers sont souvent inchangés depuis de très nombreuses années. La bibliothèque des supports d'apprentissage est très variée, et propose souvent des mises à jour des premières éditions. Nous donnerons comme exemple un support incontestable depuis plus de trente ans : « l'évaluation clinique de la fonction musculaire » (ou testing) de Lacôte et All, qui en est à sa huitième édition.

L'écriture finale de cette formation est décrite par cinq formés. Les étudiants de première année ne le mentionnent pas. Cet écrit est rapporté par le terme mémoire recherche sans faire de lien avec

l'université. Cet écrit est une suite de celui proposé par la réforme de 1989. Son intitulé de l'époque a été modifié. Il est passé d'un mémoire d'initiation à la recherche à un mémoire de recherche. L'ensemble des modalités de cet écrit est détaillé dans le décret d'application de 2015.

Nous pouvons tenir un raisonnement similaire apporté sur la réflexivité, l'universitarisation de cette formation initiale valide l'existence de cet écrit antérieur.

Ces pratiques « ancestrales » sont exposées aux étudiants lors des diverses interactions professionnalisantes sur les pratiques de gestes techniques. Les différents formateurs, les tuteurs et certains professionnels de santé (Chirurgien orthopédique) exposent leurs connaissances de la pratique gestuelle professionnelle. Ces professionnels mettent à disposition de l'étudiant l'ensemble des approches thérapeutiques techniques acquises de leur formation initiale et ajustées en permanence tout au long de leur carrière. Ces pratiques s'appuient sur des recommandations de « bonnes pratiques » régulées par le législateur. L'accréditation de bonnes pratiques repose sur l'avis d'experts qui valident ou invalident la pertinence d'une approche thérapeutique ou d'un geste technique. Depuis 2015, très peu de recommandations de bonnes pratiques ont été publiées. Les différents formateurs s'appuient sur des « recommandations de bonnes pratiques d'avant 2015 ».

Les Mk questionnés lors de nos entretiens mettent en avant un manque de « la pratique professionnelle » de la part des étudiants sur deux points. Le premier, par manque de temps, les approches thérapeutiques d'actions sont souvent « survolées ». Dans un second temps, certaines ne sont même pas identifiées dans le programme. De nombreux désirent se « faire la main » après le D.E ou/et de continuer à se former sur des approches thérapeutiques particulières ciblées sur de la pratique.

Nous retrouvons dans ces propos une dissonance entre les apports universitaires et « la réalité du terrain. » Deux identités professionnelles se font face. Celle des acteurs sur le terrain d'une pratique réflexive professionnelle et celle portée par ces étudiants à profil universitaire. Nous avons exposé que l'identité professionnelle n'est pas une suite de gestes professionnels, mais plus un regard élargi d'analyse de sa posture professionnelle dans un environnement particulier. C'est à ce titre que nous avons avancé qu'elle ne pouvait pas être stable, mais juste une représentation figée à un temps T. Notre raisonnement fait ressortir une distanciation entre les apports de l'université et la posture des professionnels sur le terrain. Perez-Roux (2019) l'a mise en avant.

Notre réponse à la question posée serait qu'il existe bien une place de cette identité « ancestrale » ciblée sur la pratique professionnelle. Les étudiants ne se questionnent pas sur les biens fondés de cette reconnaissance d'un métier « manuel », mais plus sur la validation du choix d'une bonne pratique.

Les formés expriment qu'ils pensent projeter une image d'eux comme professionnels paramédicaux. La représentation identitaire par autrui positionne le formé comme un professionnel travaillant avec « ces mains ».

Notre hypothèse est validée.

L'universitarisation de cette formation initiale modifie le rapport aux approches thérapeutiques des formés. Ceux-ci se sont appropriés ce changement de paradigme éducatif, mais ils ne se questionnent que très peu sur la pertinence de la mise en action professionnelle développée au sein des IFMK et des différents terrains de stage. De sa formation universitaire, l'étudiant a un regard critique sur les approches professionnelles de la pratique « manuelle » de ce métier. Lors de la mise en action de cette pratique, les étudiants s'appuient sur ces « pratiques ancestrales ». Nous

donnerons un exemple : après avoir validé une approche thérapeutique qui inclurait un renforcement musculaire, l'étudiant s'appuiera sur les procédures de cette typologie d'action « ancestrale.»

Cela nous questionne sur la notion de « recherche » avancée par l'universitarisation. Doit-elle revisiter l'ensemble de ces pratiques « ancestrales » ? Ou doit-elle revisiter les évaluations de ces pratiques, qui à ce jour ne sont pas validées ? Comment interagir par, pour et sur les recommandations de bonnes pratiques ?

3-6 Conclusion

Les conclusions de nos différentes hypothèses nous permettent d'acter que notre problématique est au $\frac{3}{4}$ partiellement validée.

Ces étudiants exposent une dualité entre identité universitaire et identité professionnelle. Ce sentiment est prégnant entre les apports théoriques et le terrain de la pratique professionnelle.

Nous rappelons qu'une identité professionnelle positionne un individu comme membre à part entière d'un groupe professionnel (ou métier). Il se représente lui-même dans ce groupe, il représente le groupe et il est représenté comme appartenant à ce groupe. L'étudiant en formation initiale est plus porteur d'une identité d'étudiant universitaire par l'appropriation et la maîtrise de l'ensemble des processus universitaires. Les deux autres notions sont retrouvées, mais elles ne semblent pas des axes prioritaires.

Nous avons exposé, que pour ces étudiants, la construction identitaire professionnelle serait la somme d'identités différentes. Par ces $\frac{3}{4}$, l'identité universitaire serait la représentation principale et que le quart restant elle serait composée de l'identité d'étudiant et d'une identité « professionnelle » perçue comme des identités secondaires. Les étudiants considèrent plus que leur propre identité d'étudiant-universitaire-professionnelle est une somme d'identités en mouvement, Ils ne se positionnent pas plus sur une des représentations par rapport à une autre. Les étudiants seraient-ils à la recherche de leur propre identité ? La construction identitaire de ces étudiants est une rupture entre une vie passée et l'image d'une nouvelle vie comme adulte. C'est sur ce temps qu'une personne finalise sa projection dans sa représentation sociale et sociétale phantasmée. Cela l'engage à se projeter à court, moyen et long terme. Pour certains, cela peut-être une décision lourde à assumer.

Ces étudiants restent « frustrés » sur cette formation « dite universitaire » par le manque d'un parcours complet LMD. Très peu d'interrogés se projettent sur un parcours universitaire après le D.E, mais ils précisent l'importance des possibilités de le poursuivre sans en cibler les domaines.

Nous constatons que cette notion identitaire n'est pas une priorité pour les étudiants, mais ils sont en capacité de faire une relation entre vie sociale et vie professionnelle.

Depuis la crise du COVID la vie sociale est devenue la priorité de ces étudiants. Ils se sont appropriés le positionnement de leur métier sur l'échelle socioprofessionnelle comme cadre. La représentation reconnue par autrui les positionne sur l'échelle sociale au même niveau. Une identité dite « professionnelle » stable est bien retrouvée pour cette activité professionnelle.

L'approche de cette analyse reflète les divers propos des interviewés. Ils sont restés très majoritairement sur une représentation concrète de leur vécu. La relation avec la formation initiale est souvent assimilée comme une spécialité médicale.

L'universitarisation de cette activité professionnelle ne serait-elle la légitimation d'un changement identitaire d'un passage de métier à profession au sens de Freidson ? Cela ouvre des perspectives de nouvelles recherches.

Cette universitarisation de la formation initiale en massokinésithérapie serait-elle la validation « scientifique » des formations antérieures ?

Conclusion et perspectives

« Formation universitaire au défi de la construction de l'identité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes français. »

Le sujet exposé ici correspond à notre questionnement et notre posture comme un des modestes acteurs de ce métier. Notre motivation à nous inscrire dans une démarche doctorale fait suite à notre professionnalisation, débutée deux ans après notre D.E. Rapidement, nous avons été interrogés sur notre métier, et, cela nous a conduits à interroger notre pratique professionnelle. Ce sujet n'est pas un hasard, mais une continuité de nos travaux de Master 2 qui ciblaient la notion de recherche en formation initiale des MK et de l'impact qu'elle pouvait avoir sur la posture des étudiants. L'arrivée de la nouvelle réforme a été l'élément déclencheur pour apporter des réponses aux ouvertures proposées par ce Master. La conceptualisation de notre recherche a été la première étape de notre travail. Celle a exploré le terrain sur les connaissances de cette formation initiale universitaire portée, vue et reconnue par un panel d'individus. Certains d'entre eux avaient des compétences partagées avec celles développées par cette formation.

Pour Dubar⁷⁷⁷ (2000.a) cette professionnalisation débutante est considérée comme un rite initiatique permettant la professionnalité de ces étudiants futurs MK. Une dimension subjective est apparue pour définir l'identité professionnelle. Une recherche de dynamique identitaire au sens de Kaddouri⁷⁷⁸ (2006) est exposée par l'ensemble des étudiants de cette formation.

L'évolution d'un métier repose sur sa formation initiale. Elle participe à la création d'une identité professionnelle personnelle et collective du groupe des MK. Ce sont cinq réformes qui ont participé à la professionnalisation des étudiants, des équipes pédagogiques et du métier. La dernière réforme de 2015 officialise un existant retrouvé par un profil universitaire de cette formation avant celle-ci. Cette nouvelle réforme participe à une réforme globale des études en santé. Les études médicales se sont adaptées au nouveau synopsis de Parcoursup pour accepter des étudiants en formation sur les quatre métiers médicaux. Les études en massokinésithérapie, qui commençaient par une première année de PACES, débutent dorénavant par l'inscription dans une filière universitaire non médicale. Un conventionnement tripartite, faculté (avec une composante santé), IFMK et conseil régional officialise l'universitarisation de cette formation et lui permet une reconnaissance universitaire. Cette nouvelle formation universitaire percute et modifie les représentations des formateurs, de l'ensemble des équipes pédagogiques, des formés et des professionnels de terrain.

Dans ce contexte, nous constatons que progressivement l'université s'approprie le monopôle des formations paramédicales. Les étudiants n'ont plus un accès direct à cette formation. La sélection des étudiants d'entrer en IFMK est confiée à l'université par le parcours ciblé et le classement d'une première année de licence. Certains étudiants arrivent sur cette formation par défaut, suite à un

⁷⁷⁷ Dubar C., 2000a, « *La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles* ». Paris : Armand Colin.

⁷⁷⁸ Kaddouri, M. 2006, « *Dynamiques identitaires et rapport à la formation* » dans Barbier J.M et All, « *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* » (p.121-147). Paris: L'Harmattan.

classement défavorable de la première année universitaire. Elle présente un profil sur cinq années de formation, reparti sur une première année universitaire et les quatre suivantes professionnelles au sein des IFMK. Pour la plus grande majorité des étudiants, cette orientation est une orientation choisie et non subie. Dans sa totalité, elle porte en elle tous les « symboles » de l'université. À ce jour, ce sont cinq années de formation qui valident une double certification. Une à titre professionnel par le D.E, et une seconde par une reconnaissance universitaire au grade master.

Les étudiants se sont appropriés plus facilement ce changement par rapport à l'ensemble des équipes pédagogiques. La professionnalisation de ces derniers a été une contrainte pour nombreux d'entre eux (Travaux de Perez-Roux 2019).

Nous pouvons acter qu'après cinq ans, date de nos premiers entretiens, le temps de l'expérimentation peut-être considéré comme achevée. Les étudiants interviewés présentent un profil au plus proche de la réalité, reconnaissant un MK par sa pratique et par son identité personnelle.

Le regard des différents interrogés nous a questionnés. Il ne se reposait pas qu'uniquement sur des représentations non formelles et informelles de la posture des MK, mais ces dernières sont fréquemment mentionnées. De nombreux interrogés s'appuient sur les représentations professionnelles des MK décrites dans les médias, les films et les séries télévisées et des différents supports proposés par les CIO.

Ces professionnels de santé sont plus définis comme des acteurs sociaux d'actes techniques que des professionnels réflexifs. Leurs approches thérapeutiques sont limitées à la prescription médicale. À ce jour, un grand débat et des expérimentations sur un accès direct à ces professionnels bousculent cette vision du praticien prescrit.

Cela nous a conforté dans notre démarche de recherche. Le titre de cet écrit exprime parfaitement notre questionnement.

L'ensemble des étudiants reconnaissent apprécier cette formation qui est longue, « compliquée », avec une « énorme » charge de travail. Ils se représentent comme étudiants universitaires et deviendront professionnels par le D.E. Ils ne se définissent comme « vrais » professionnels qu'après quelques années de pratique professionnelle tout en continuant à se former. Ils expriment un manque dans certains apprentissages et se questionnent sur la notion de recherche.

Notre recherche ciblait la construction identitaire professionnelle d'étudiants en formation initiale en massokinésithérapie par le concept d'universitarisation de celle-ci.

Les objectifs de cette recherche étaient de connaître, de comprendre et d'analyser les connaissances des étudiants en formation initiale, et d'un panel représentatif d'acteurs aux contacts de ces professionnels. Ces connaissances permettent de dégager l'ensemble des modifications identitaires qu'apporterait l'approche pédagogique universitaire. Retrouverons-nous là une présence d'une reconfiguration identitaire uniquement de ces étudiants, ou plus largement sur l'ensemble des équipes pédagogiques et des acteurs du terrain ? De très nombreux travaux ont exploré cette universitarisation. Notre entrée par le prisme identitaire des étudiants est une première. Nous avons avancé une dissonance identitaire entre les formés de cette nouvelle réforme et celles des réformes antérieures. Celle-ci a été apportée par les prises de positions de très nombreux interrogés.

La question de l'identité professionnelle est un sujet d'actualité. Elle occupe une place importante dans les représentations sociales d'un individu. Elle est au centre de la définition de soi, et participe à un équilibre de sa propre personnalité. Cette représentation a été fortement modifiée par la crise du COVID. La place qu'elle affichait a été contrainte et restreinte par le COVID. Cette crise a modifié profondément l'identité personnelle de nombreux étudiants. La représentation identitaire professionnelle s'est inscrite dans les appropriations de l'approche éducative en distanciel.

L'individu se « reprogrammant » valorise plus sa vie sociale que professionnelle. Les métiers ou une activité professionnelle ne sont plus reconnus comme le cadre majoritaire de sa socialisation, mais plus comme des espaces de socialisations secondaires. L'identité professionnelle ne se définit plus comme attachée à un métier, une occupation, une certification, mais plus comme une posture par rapport à diverses actions réalisables, à réaliser et réalisées par l'acteur social. Legault⁷⁷⁹ (2003) précise que cette identité professionnelle est fréquemment affichée par l'utilisation du « je » (je peux faire, je suis capable de, j'ai les compétences pour faire, etc.). Cela fait appel à un processus de constructions complexes de reconnaissances identitaires subjectives que nous nous attribuons (reconnaissance du soi), de celles que nous exprimons (reconnaissance du nous) et de celles par lesquelles on nous reconnaît (reconnaissance par autrui). Définir une identité professionnelle devient complexe. Elle ne peut l'être qu'en questionnant régulièrement l'individu, tout en prenant compte qu'une identité professionnelle évolue tout au long de la vie. Celle-ci serait la somme des différents temps de reconnaissance professionnelle impliquant une personne. La définition proposée par Dubar (2000) définit l'identité professionnelle comme un processus permanent à la fois stable, instable et provisoire en fonction des différentes interactions tout au long de la vie. Nous rappelons que celle-ci est une des identités qui participent à la construction identitaire de chaque individu. À ce titre, nous ne pouvons pas nous positionner sur une identité fixe, mais plus faire un constat de la présence identitaire à un temps T. Cette identité professionnelle reflète un des parcours biographiques singuliers de chacun. Nos travaux mettent en avant qu'une activité professionnelle occupe une place importante dans la définition de soi. Mais avec la crise du COVID cette place a diminué au profit d'une identité non professionnelle. Cette identité professionnelle reste une des composantes principales de l'identité par la reconnaissance qu'elle apporte et par laquelle on est reconnu.

L'identité professionnelle proposée aux étudiants en formation initiale serait un processus à double facette. La première par une construction identitaire professionnelle personnelle, et la seconde par une construction identitaire du groupe professionnel d'appartenance. Au regard des remontées du terrain, les différentes identités professionnelles personnelles ne sont pas identiques. Elles sont le reflet des différentes interactions professionnelles. Les étudiants ont mentionné de nombreuses disparités sur les apprentissages professionnels. Ces interrogations n'influencent pas sur l'identité principale retrouvée, l'identité universitaire.

Notre recherche s'inscrit dans le mouvement compréhensif et de comparaison de la notion identitaire par le prisme de l'identité professionnelle. Nous avons ciblé nos travaux sur l'approche des différentes formes de construction identitaire professionnelle en formation initiale. Ce travail explore un moment très particulier de cette construction identitaire pour le public concerné. Il en examine la genèse de sa construction.

⁷⁷⁹ Legault, A., 2003. « *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme.* » Québec : Presses Universitaires du Québec. 226 p.

Cette construction identitaire est reconnue comme donnant du sens aux objectifs de vie personnelle avant la vie professionnelle.

Notre recherche est transférable à l'ensemble des métiers, des métiers paramédicaux, et des métiers de la rééducation, dont certains envisagent une universitarisation de leur formation initiale et d'autres la débutent. Cela permettrait de les questionner sur les profils de leurs étudiants. Puis d'en proposer des analyses croisées et comparatives.

Pour ces métiers paramédicaux, les interrogés se sont questionnés sur une formation initiale mutualisable puis sur un deuxième temps, une professionnalisation ciblée. Ces analyses pourraient mettre en avant des points communs, des similitudes et des divergences des différentes identités professionnelles.

Il serait pertinent de mener des enquêtes similaires auprès d'autres professionnels de la rééducation dont l'approche thérapeutique est non prescrite. Nous pensons aux ostéopathes et aux chiropracteurs.

D'autres recherches pourraient explorer le positionnement identitaire des MK ostéopathes, des médecins ostéopathes, et des médecins de rééducation.

Cette recherche ouvre d'autres perspectives d'investigation, dont l'exploration de la transformation identitaire professionnelle sur un changement de formation initiale complète LMD.

Une analyse complète de l'ensemble de ces métiers pourrait mettre en avant une identité commune s'appuyant sur un plus petit dénominateur commun.

La CNU 91 pouvant valider un titre universitaire de docteur à de nombreux MK titulaires d'un titre docteur, une exploration de l'identité professionnelle universitaire de ces « docteurs » pourrait porter un regard pertinent.

Enfin, ce travail pourrait être une base comparative de cette création identitaire professionnelle à la « française » par rapport à l'ensemble des autres formations initiales retrouvées dans de nombreux pays, dont certains ont déjà un parcours universitaire complet.

Une méta-analyse de toutes ces approches pourrait faire émerger leurs diversités, leurs complémentarités et leurs divergences afin d'exposer la visibilité de ces métiers et de leurs richesses.

Pour donner sens à cette recherche, il serait pertinent de retrouver ces formés et d'évaluer l'appropriation de cette posture universitaire depuis le D.E.

Le rapprochement d'une terminologie mondiale du terme masseur kinésithérapeute à celui de physiothérapeute modifie-t-il la posture identitaire de ces professionnels de la rééducation ? Essayer de répondre à cette question serait un sujet pertinent de recherche.

Des limites ont freiné notre recherche. La principale : la crise du COVID.

Puis celle reposant sur notre questionnement de la validité des propos recueillis. Ces derniers sont le reflet d'une reconnaissance professionnelle d'avant cette dernière réforme.

Une des limites a été retrouvée par notre propre posture.

À notre grand étonnement, les propos recueillis ne reposent que principalement sur une reconnaissance professionnelle d'une pratique professionnelle. Cela remet-il en cause la pertinence des questions ? Ou cela met-il en avant que deux approches sur ce métier se sont percutées ?

Chaque question serait l'occasion de prolonger l'ensemble des fondements méthodologiques soulevés afin d'aboutir à des nouveaux résultats appuyant la démarche scientifique de notre travail de recherche.

Bibliographie

Abric J-C.	(1994), « Pratiques, sociales et représentations », Paris, PUF
Adam P.	(2017), « Sociologie de la maladie et de la médecine », par Ph. Adam et All, édition Armand Colin
Adinda D.	(2017), « Les stratégies d'accompagnements vers l'autonomie : le cas d'une formation hybride de réorientation des néo-bacheliers à l'université », <i>Revue Internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur</i> , 33(2)/2017, Varia-automne 2017, [En ligne], 33(2) 2017, mis en ligne le 15 novembre 2017, consulté le 21 septembre 2021. URL : http://journals.openedition.org/ripes/1232 ; DOI : https://doi.org/10.4000/ripes.1232
Ahovi J.	(2010), « Rites de passage et adolescence », Dans <i>Adolescence</i> , 2010/4, T.28, n°4, p.861-871, Edit : Editions GREUPP
Alberola E.	2012, « La notion d'autonomie dans le travail social », <i>Vie Sociale</i> 2012/1, n°1, p.145-156, Edit : Eres
Alin C.	(1996), "Été formateur. Quand dire c'est écouter", Col: Education et Formations, série Références, Edit: L'Harmattan
Annoot E.	(2012), « la responsabilité sociale des universités en France : un concept en émergence ? », <i>Les cahiers du CERFEE</i> , 31/2012, Egalité des chances, universités et territoires. Edit : Presse universitaires de la Méditerranée
Appay B.	(2012), « De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie », Edit : Erès, dans : <i>Vie sociale</i> 2012/1, n°1, p.29-70
Ardoino J.	(2000), « L'implication, dans, les Avatars de l'éducation ». Col: Education et formation, Edit: PUF, p.205-215
Ardoino J.	(2000), « Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant », dans <i>Les avatars de l'éducation</i> (2000), p.70 à 91.
Ardouin T.	(2020), « Position(s) et posture(s) du chercheur en sciences de l'éducation en recherche et formation, quelle place et rôle de l'ingénierie ? » <i>Revue Transformations</i> , Numéro spécial 20 : Recherche, formation, ingénierie : quelle articulation ? Novembre 2020
Bachelard G.	(2004), « La formation de l'esprit scientifique », Edit: Librairie Philosophique J. Vrin
Barrère A.	(2011), « L'éducation buissonnière-Quand les adolescents se forment par eux-mêmes », Col : Sociétales, Edit/ Armand Colin
Barrère A.	(2009), « La formation professionnelle universitaire des enseignants. », <i>Recherche et Formation</i> , 60/2009, La formation des enseignants, p.5-11
Barthélémy A.	(2014), « La physiothérapie et les sciences de la réadaptation au Québec : une source d'inspiration pour l'évolution de la masso-kinésithérapie française ? », <i>Kinesither Rev</i> 2015, 15 (161), p.31-36
Basque J.	(2011), professeure Université TELUQ, « Quelques stratégies pédagogiques »
Baudry R.	(2007), « Définir l'identité », Dans : <i>Hypothèses</i> 2007/1 (10), p.155-167, Edit : Edition de la Sorbonne

Baujard C.	(2019), « Validation des acquis buissonniers. Vers une meilleure reconnaissance par l'institution éducative de l'expérience des professionnels, des étudiants et des élèves. » Col: Orientation à tout âge, Edit: L'Harmattan
Baujard C.	(2020), « Transmission des savoirs professionnels ». Education permanente: "Quelle reconnaissance des compétences transversales", Edit : Arcueil : Éducation permanente, Le Cnam Quelle reconnaissance des compétences transversales, Edit : Arcueil : Éducation permanente, Le Cnam
Baujard C.	(2023), « Le sujet dans le travail éducatif: quel apport méthodologique de la théorie enracinée ? » Septentrion, La place du sujet dans le travail éducatif: regards croisés entre recherche biographique et analyse de l'activité", Septentrion, 2023
Beckers H.S.	(2002), « Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales. », Col: Guides Grands Repères, Edit: La Découvertes
Beckers J.	(2007), « Chapitre 1. Professionnalisation d métier, professionnalité des travailleurs », Dans : »Compétences et identité professionnelle », p.11 à 34, Collection de pédagogie en développement, Ed. De Boeck Supérieur
Beckers J.	(2004), « Comment amorcer la construction identitaire d'un praticien réflexif par la formation initiale ? », Recherche et Formation, 2004, Vol.46
Beckers J.	(2007), « Introduction : le rôle de la formation initiale modeste et enjeux », dans « Compétences et identités professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine », Col : Pédagogie en développement, Edit : De Boeck Supérieur, p.7-10
Beckers J.	(2007), « Chapitre 4. La construction de l'identité professionnelle. Fondements et conséquences méthodologiques », dans Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine », Col : Pédagogies en développement, Edit : De Boeck Supérieur », p.141-199
Belmont N.	(2023), « Van Gennep Arnold (1873-1957) », Encyclopaedia Universalis en ligne, consulté le 31 Mai 2023
Belot F.	(2007), « Les joueurs : les effets e les professionnalisations », Edit : Le seuil, Dans Pouvoirs 2007/2, n°121, p.51-62
Berland Y.	Rapport d'étape présenté par le professeur Yvon Berland, Octobre 2003, « coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences »
Bernardin P.	(1995), « Machiavel Pédagogue. Ou le ministère de la réforme psychologique. », Edit: Notre Dame des Grâces
Billaut A.	(2006), INSEE, « Données sociales : la société française. Les évolutions démographiques des professions de santé » paru le 01/05/2006, p.555-566
Blain-Joguet E.	(2012), « Au cœur de l'erreur », Dans Actualités en Analyse Transactionnelle, 2012/1, n°141, p.71_73, Edit : Institut Français d'Analyse Transactionnelle
Blanchard S.	(2012), « P.Perrenoud. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. L'orientation scolaire et professionnelle. », 31/1/2002
Blanchon C.	(2014), « Le massage en réseau de soins palliatifs », 2014, mise à jour en 2018, Revus Soins n°787-Juillet/Août 2014, Edit. Elsevier Masson, Article en ligne L'apport du toucher relationnel et des massages dans les soins palliatifs à domicile (infirmiers.com)

Boisnard C.	(2015), « Réforme de la formation en kinésithérapie : évolution du statut des étudiants et de leur participation à la formation ! », <i>Kinesither Rev</i> 2015;15(167):65–68, p.67
Bologne	(1999), Annexe Déclaration commune des ministres européens de l'éducation-19 juin 1999-Bologne
Bolton D.	(2020), « Le modèle biop-psycho-social et le nouvel humanisme médical », Traduction de l'anglais de Tinland J., dans <i>Archives de Philosophie</i> , 2020/4, Tomes83, p.13-19
Borg T.	(2014), « L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques », Commission européenne, Santé publique, newsletter, 127, coup de projecteur.
Born P.	(2023), « Formation initiale et processus de professionnalisation des sapeurs-pompiers volontaires », Thèse, soutenue le 06/03/2023, Université de Bourgogne, Préparée à l'institut de Recherche sur l'Education : Sociologie et Economie de l'Education (IREDU)
Boudjaoui N.	(2011), « Enseignement supérieur et dynamiques professionnalisantes : étude comparée de deux dispositifs de formations », <i>ADRESE/CIRNEF. Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle</i> , 2011/2, Vol.44, p.49-68
Boudreault N.	(2007), « Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer. », <i>Didactique Professionnelle – Quatrième Colloque International entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet : quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle ?</i> Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec le laboratoire CIREL (EA 4354) Les 6, 7 et 8 juin 2017 - Université de Lille - Sciences et Technologies, France
Bouissou C.	(2005), « Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques », Dans <i>Carrefour de l'éducation</i> , 2005/02 n°20, p.113-122, Edit : Armand Colin
Boulbes Q.	(2020), « la place du mémoire d'initiation à la recherche dans la professionnalisation de l'étudiant en massokinésithérapie », <i>Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en Massokinésithérapie</i> , IE 28, 2 ^{ième} cycle 2018-2020, ENKRE, Université Paris-Saclay, Faculté de médecine.
Bourdoncle R.	(2007), « Autour du mot « universitarisation » », <i>Recherche et formation</i> , 54, p.135-149
Bourdoncle R.	(2000), « Professionnalisation, formes et dispositifs », Dans <i>Recherche et Formation</i> , n°35, Formes et dispositifs de formation, p.117-132
Bourdoncle R.	(2000), « Autour du mot « universitarisation » » Université de Lille III (Profeor), <i>Recherche et Formation</i> , n°54, 2007
Bourdoncle R.	(1991), « Note de synthèse : La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines », <i>Revue Française de pédagogie</i> , Vol.94, p.73-91
Bourdoncle R.	(1993), « Note de synthèse. La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe », Dans : <i>Revue française de pédagogie</i> , Vol.105, p.83-119
Bourdoncle R.	(1993), « La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe », Dans <i>Revue française de pédagogie</i> , Vol.105, p.83-119
Bourez A.	(2006), « L'universitarisation des formations en santé, quels enjeux ? », <i>Soins Cadres</i> , n°59, p.59-61
Bourgeon D.	(2014), « Le modèle infirmier : engagement et identités. », <i>Col : Fonction Cadre de Santé</i> , Edit : Lamarre

Bourgeon D.	(2009), "Identités professionnelles, alternance et universitarisation" Col: Cadre de Santé, Edit: Lamarre
Brahy A.	(2007), « L'identité personnelle. Qui suis-je ? », Dans Revue internationale de psychosociologie, 2007/30, Vol.13, p.231-241, Edit : ESKA
Brichet M.	(2007), « Introduction à la sociologie. Des pères fondateurs aux sociologues contemporains », Col: Optimum, Edit: Ellipses
Bringuier J.C	(1977), « Conversations libres avec Jean Piaget », 221 pages, Edit Robert Laffont
Brougère G.	(2007) « De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation », Revue française de pédagogie, n°158, janvier-février-mars 2007, p.117-160
Broussal D.	(2020), « Perez-Roux T. (dir.) (2019). La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie », Recherche et formation, 93/2020, l'évaluation de la professionnalisation en formation, ENS Lyon, dans Recherche et Formation 2020/1, n°93, p.143-145, Edit. ENS Edition
Broussal D.	(2010), « Evaluation des dispositifs de formation des professions paramédicales dans un contexte d'universitarisation : quelle place pour la professionnalité ? », Actes de congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), université de Genève, septembre 2010
Camilleri C.	(1997), « Stratégies de socialisation et d'identité », Dans J. W. Berry, P. R. Dasen, & T. S. Saraswathi (Eds.), Handbook of cross-cultural psychology: Basic processes and human development (pp. 41-67). Allyn & Bacon., Traduction par Google traduction
Cara C.	(2021), « Identités et universités nouvelles, une question de proximité? », Edit: Artois Presse Université
Caria T.H.	(2006), « Connaissance et savoir professionnels dans les relations entre éducation, travail et science. », dans Esprit critique, 2006, Vol.8, n°1
Carra C.	(2021), « Identité (s) et universités nouvelles une question de proximité ? », Education, formation et lien social, Edit : Artois Presses Université
Carton E.	(2017), « L'universitarisation de la formation infirmière en France : un élan pour les recherches en sciences infirmières ? », Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) : Recherche en spins infirmiers, 2017/3, n°130
Carvajal S.	(2013), « L'analyse des constructions transidentitaires à la lumière de la double transaction », De Boeck Supérieur/ « pensée plurielle, 2013/2 n°33-34, p.179 à 191, « D'une manière générale, « tout changement de statut ou de position, toute mobilité significative, exige une remise en question de soi autant que de nouvelles reconnaissances de la part d'autrui »
Cayotte J.	(1952), professeur Agrégé d'anatomie 1952, accédant à la chaire d'anatomie en 1964 à Nancy ; article de 1976 « la médecine aux temps préhistoriques »
Champy F.	(2009), « La sociologie des professions », 2eme édition mise à jour, Edit: PUF
Champy-Remoussenard P.	(2018), « Apprendre à entreprendre. Politiques et pratiques éducatives, Primaire, Secondaire, Supérieur »Edit: De Boeck Supérieur
Chapoulie J.M.	(1976), Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », 1976, Revue française de sociologie. XIV pp 86-114
Charle C.	(2007), « Les ravages de la « mondialisation » universitaire en Europe », la politique du scalpel, avec le soutien de la Chaire de sociologie historique de la politique de l'Institut Universitaire de France, Edit : Syllepse

Charles C.	(2006), « Les ravages de la modernisation universitaire en Europe », La politique du scalpel, Edit: Syllepse
Chauchat S.	(1999), « Identité européenne. Crise sociale et crise identitaire chez les étudiants français en 1994 », dans Chauchat et All (1999), « L'identité du sujet au lien social », Paris, Edit : PUF
Chevallard Y.	(2009), « Pour une formation professionnelle d'université », Recherche et formation, 60/2009, La formation des enseignants, p.51-62
Chomsky N.	(2010), « Réflexions sur l'université. Suivies d'un entretien inédit », Textes réunis et présentés par Baillargeon N., Edit : Raisons d'agir
Cicchelli V.	(2013), « L'autonomie des jeunes. Questions politiques et sociologiques sur les modes étudiants », Paris, La Documentation de France
Cicchelli V.	(2001), « La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études », Sciences sociales et sociétés, Edit; PUF
Clauzard P.	(2019), « L'écriture à l'université : un outil pour conceptualiser », Education et socialisation, les cahiers du CERFEE, 52/2019, les écrits de travail en formation-Varia
Cohen Scali V.	(2005), « L'identité : perspectives développementales. » Dans « L'orientation scolaire et professionnelle », 37/3, 2008, Identités et orientations-1, p.321-345
Cook J.	(1785), « Troisième voyage de Cook ou voyage à l'océan Pacifique (ED 1785), consulté à la BNF, « James Cook a bénéficié d'un massage « romee » pour soulager des douleurs du bas du dos (sciatique).
Cornet A.	(2001), « La formation dans un processus de reengineering : convaincre ou accompagner ? », dans organisations et systèmes de formation, chapitre 4 : Col. Management, Edit. De Boeck Supérieur, 254 p., p.119 à 129
Coudin G.	(2010), « Vieillir n'est pas une maladie », Dans la santé. Un enjeu de société, Col. Synthèse, Edit. Editions Sciences Humaines p.54-59
Coulet J.C.	(2011), « La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences », Dans Le travail Humain, 2011/1, Vol.74, p.1-30
Coulon A.	1993, « Ethométhodologie et éducation », Col : Education et formation/L'éducateur, Edit : PUF
Crochet M.	(2004), « le processus de Bologne. L'aboutissement d'un long cheminement », Dans Etudes 2004/11, Tome 401, p.461-472, Edit. S.E.R
Cros M.	(1996), « Terrains de passage » : Rite de jeunesse », Edit : l'Harmattan
Danvers F.	(2015), « Choisir un métier, construire sa vie », dans, "Le changement personnel. Histoire, mythes, réalité". Col: Essais, Edit: Editions Sciences Humaines
Danvers F.	(2013), "Orientation professionnelle", dans, "Dictionnaire des concepts de la professionnalisation", Col: Hors collection, Edit: De Boeck Supérieur
De Jaeger C.	(2008), « Les pathologies », Dans La gérontologie (2008), Chap.III, p.42-94. Propos : « Mais aux États-Unis, au Japon et maintenant en France, des médecins et des scientifiques pensent de plus en plus que le vieillissement ne serait que l'expression d'une maladie « originelle » dont nous serions tous atteints»
De Lavergne C.	(2007), « La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative », Recherches qualitatives, 2007

Debré B.	(2005), « La revanche du serpent ou la fin de l'homo sapiens », Col/ Document, Edit: Le cherche midi
Dejours C.	(1994), « Comprendre la résistance au changement. Documents du médecin du travail », N°58, pp. 112-117, Éd. I.N.R.S. & Ministère du Travail - Direction des Relations du Travail.
Demazière D.	(2009), « Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis » Col: Recherche, Edit: La Découverte
Demeuse M.	(2006), « Développer un curriculum d'enseignement ou de formation. Des options politiques au pilotage. », Col : Perspectives en éducation et formation, Edit : De Boeck Supérieur
Denman B.D.	(2005), « Comment définir l'université du XXIe siècle ? », Dans politiques et gestion de l'enseignement supérieur, 2005, n°17, p.9-28, Editions de l'OCDE
Di Rezze-Fleuret M.	(2019), « l'évolution de l'identité du formateur face à l'universitarisation de la formation infirmiers et à l'avènement du E-Learning », Champ social/ « spécificités », 2019/3, n°14, p.59-72
Dinet C.	(2015), « Dinet L'histoire chaotique d'une réforme », Kinésithérapie a revue, Vol.15, issue 167, p.26-29
Dolto F.	(2012), « La cause des adolescents », Col : Réponses, 27/09/2012, Edit: Robert Laffont
Dossier de presse	(2018), Dossier de presse du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 14 Mars 2018, signé par Buzyn Agnès (Ministre des solidarités et de la santé) Vidal Frédérique (Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation), 24 p., dans édito
Dress	(2011), Accidents vasculaires cérébraux. Objectif 72. Paris : Drees ; 2011 :192-5. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport complet disponible à : http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la[1]population-en-france-rapport-2011.html . p.293-295, p.295
Dubar C.	(1994), « Double transaction et différenciation sexuelle », in M. Blanc, M. Mormont, J. Rémy et T. Storrie (dir.), Vie quotidienne et démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (pp. 113-128), Paris, Harmattan.
Dubar C.	(2003), « Entretien avec Claude Dubar : Se construire une identité », Extrait de Sciences humaines hors série n°40
Dubar C.	2007, « Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité », Dans : Revue Française des Affaires Sociales, 2007/2, p.9-25, Edit : La Documentation Française
Dubar C.	(2010), « La crise des identités », Col : Le lien social, Edit : PUF
Dubar C.	(2015), « La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles », 5 ^{ème} édition revue, Edit : Armand Colin
Dubar C.	(2000), « La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles », Edit : HER/ Armand Colin Paris 200
Dubar C.	(2000), « la crise des identités : l'interprétation d'une mutation. » Revue européenne des migrations internationales, 16(3), 243-248
Dubar C.	(1996), « La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles », (2 ^e) édition, Edit : Armand Colin,
Dubar, C	(2010), « La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles » (4 ^e éd.). Paris : Armand Colin.

Dufumier F.	(2005), « L'universitarisation de la formation des paramédicaux, quels impacts possibles sur la pratique professionnelle ?, quels enjeux pour un organisme de formation continue ? », Master 2 ingénierie et conseil en formation. UFR de Psychologie, sociologie et Sciences de l'Éducation). Rouen : Université de Rouen
Dupond Y.	(2014), « L'université en miette. Servitudes volontaire, lutte des places, et sorcellerie », Col : Pour en finir avec, Edit : l'échappée, Citant Béaud O., et All, « Contre l'instrumentalisation de l'université », Université : la grande illusion
Dupond Y.	(2014), "L'université en miettes. Servitude volontaire, lutte des places et sorcellerie", Edit: L'échappée
El Bouanani O.	(2021), « Construction identitaire et socialisation professionnelle. Dynamique identitaire et socialisation chez les psychologues en activité : étude exploratoire des perceptions du métier », Dans Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 2021/67, Vol.26, p.81-104, Edi : ESKA
Erdogan A.	(2006), « Le diagnostic de l'aide à l'étude, en mathématiques. Analyse didactique des difficultés relatives à l'algèbre et aux fonctions en Seconde, Thèse, soutenue le 15/11/2006, Université Paris 7-Denis Diderot, UFR de mathématiques. 630 pages
Erikson E.	(1972), «Adolescence et crise. La quête de l'identité.», Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion
Erikson E.	(1980), « Identity and the life cycle. », New York: International Universities Press Inc. (Reed. New York: Norton), consulté en ligne et traduit par Google transduction
Estradere J.	(1863), « Du massage, son histoire, ses effets physiologiques et thérapeutiques », 1863, Edition originale, PDF en ligne These-Du-massage-Estradere-1863.pdf (cfdrm.fr)
Fabre M.	(1992), « Qu'est-ce que la formation ? », Dans Recherche et formation, n°12, 1992, « le mémoire professionnel ». p.119-134
Faure O.	(1994), « pour l'histoire de la médecine. Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », 1994, Presse universitaire de Rennes, consulté sur OpenEdition Books (openedition.org)
Faure O.	(1999), Histoire de la médecine (XVIIIe-Xxe siècle, 1999, Col historiques, éditeur Economica
Fayolle A.	(2009), « Pédagogies actives et entrepreneuriat : quelle place dans nos enseignements ? » Revue de l'Entrepreneuriat, 2009, n° 8, vol. 2, pp. 1-15.p.7
Finance J.P.	(2015), « La problématique de l'autonomie des universités», Dans Administration et Education 2015/3, n°147, p.61-70, Edit : Association française des Acteurs de l'Education
Foucault M.	(1969), "L'archéologie de savoir", Col: Tel, Edit: Gallimard
Fourques C.	(2013), « Quand l'identité s'enfuit, l'effraction surgit : le Moi auxiliaire au service du Moi effracté chez une femme de 91 ans », Dans Clinique 2013/1, n°5, p.72-87, Edit : Eres
Fray A.M.	(2010), « Le diagnostic de l'identité professionnelle une dimension essentielle pour la qualité de vie au travail. », dans management et Avenir 2010/8, n°38, p.72 à 88

Freidson E.	(1985), la Profession médicale, Dodier Nicolas, Darbon Sébastien. Eliot Freidson, La profession médicale. In: Sciences sociales et santé. Volume 3, n°1, 1985, pp. 129-143
Fumeron C.	(2015), « Réforme de la formation initiale en kinésithérapie : des évolutions en attente pour les étudiants déficients visuels et les étudiants sportifs de haut niveau », », Savoir, Kinesither Rev, 2015, 15 (167) : 56-64
Gagnayre R.	(2005), « Les compétences des soignants en éducation thérapeutique », adsp n°52 septembre 2006, p.69-72
Galand O.	(2017), « Sociologie de la jeunesse », 6 ème édition, Edit: Armand Colin
Garcia S.	(2018), « Professionnalisation, formation et identité professionnelle le cas des éducateurs de jeunes enfants. », dans, Empan 2018/1, n°109, p.68-73, Edit: Erès
Garnier B.	(2018), « L'éducation informelle contre la forma scolaire », Dans Carrefours de l'éducation, 2018/1, n°45, p.13-21, Edit : Armand Colin
Gatto F.	(2016), « pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? » ; Kinesither Rev 2016;16(180):24–31
Gayraud L.	(2011), « Université : les défis de la professionnalisation », Notes Emploi Formation (NEF), mai 2011, Céreq
Gedda M.	(2015), « Réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université », Kinesither Rev 2015;15(167):1–4
Gedda M.	(2016), « l'avenir de la kiné passe par l'écrit », Kinesither Rev, 2016 ; 16 (176-177)
Gélinas P.	(2012), « la réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs », Ripes (Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur), 28(2)/2012, Varia-automne 2012, en ligne sous OpenEdition
Glaude M.	(1985), Les salaires en 1985
Goffman E.	(1974), "Les rites d'interaction", Edit: Les éditions de minuit
Goguelin P.	(1994), « Chapitre premier -Le concept de formation », Col. Le Psychologue, Edit : Presse Universitaire de France. Dans la Formation continue des adultes, p.9-19
Gohier C.	(2000), « Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle. » Edit : L'Harmattan, Collection Education et formation.
Gonçalves P.	(2020), « 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 », Savoir, Kinesither Rev, 2021, 21(231) :12-21
Greta du Valey	(2009), « Guide pour valoriser les apprentissages informels », Apprendre à apprendre, L'Europe s'engage en France, 12/2009
Grigorij K.	(2008), « Le langage du corps et la gestuelle (kinésique) comme champs de la sémiotique non-verbale : idées et résultat » (article), Cahiers slaves n°9, Année 2008le corps dans la culture russe et au-delà, sous la direction de Galina Kabakova et Francis Conte, p.1-23
Gros F.	(2007), « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », Dans Recherche en soins infirmiers 2007/2, n°89, p.15-20, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers

Guégan I.	(2018), Référence électronique Isabelle Guégan, « Guérisseurs et sorciers bretons au banc des accusés. Finistère, 1800-1950 », Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest [En ligne], 126-3 2019, mis en ligne le 20 novembre 2019, consulté le 08 janvier 2022. URL : http://journals.openedition.org/abpo/4703 ; DOI : https://doi.org/10.4000/abpo.4703 , comptes rendus, p.210
Guillemain H.	(2009), Devenir médecin au XIXe siècle, Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque, Annales de Bretagne et des Pays de l'ouest, 116-3/2009, Varia, Editeur Presses universitaires de Rennes
Guillemette F.	(2009), L'induction en méthodologie de la théorie enracinée », Recherches Qualitatives, Vol. 28(2), 2009, pp. 4-21. Approches inductives II ISSN 1715-8702 - http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html © 2009 Association pour la recherche qualitative
Guyet D.	(2020), « Raisonement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie : Quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former », TFREFA, TransFormations, Recherche en Education et Formation des Adultes, Vol.1, n°20, N° spécial 20 : Recherche, Formation, Ingénierie : Quelle articulation ? Parution le 6/11/2020
Guyet D.	(2016), « L'étudiant en formation initiale en MK et son premier stage une adolescence professionnelle? », Kinésithérapie Scientifique, 35-40-10/07/2016
Haissat S.	(2006), « La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement », dans revue à Interrogations ?, N°3. L'oubli, décembre 2006
Hancart-Lagache V.	(2015), « La dynamique de la formation clinique et l'intérêt du portfolio », Dossier : Réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université. Kinésithe Rev 2015,15 (167), 42-47
Hebrard P.	(2019), « D'une approche programme à une approche compétences : analyse des textes régissant l'ancien et le nouveau dispositif de formation », p.57-68. Dans « La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie, Sous la direction de Perez-Roux, l'harmattan 2019
Hedoux J.	(2018), « Dubar (Claude). La crise des identités. L'interprétation d'une mutation », Revue Française de pédagogie, Vol. 139, 2002, Dispositifs, pratiques, interactions pédagogiques : approches sociologiques. p.158-162, Fichier PDF généré le 24/12/2018
Hénart L.	(2011), Rapport Hénart
Heslon C.	(2022), Proposition de chapitre In Bernard-Tanguy, L. et al. Dir. (à paraître). Accompagner la professionnalisation des études (Titre provisoire). Dunod.
Hilgers M.	(2006), « Le sociologue dans la cité », Recherches sociologiques et anthropologiques, 37-1/2006, Edit : Unité d'anthropologie et de sociologie de l'université catholique de Louvain, p.3-5
Horoks J.	(2018), « De l'utilité de l'initiation à la recherche en formation initiale en master MEEF 1. Ce qu'en disent les professeyr.es des écoles stagiaires », Questions Vives, Recherche en éducation, n°30/2018, les effets formatifs du mémoire en formation initiale des enseignants, Edit : Université Aix-Marseille
Hughs E.	(1996), Le regard sociologique. Essais choisis d'E. Hughes. Textes présentés et choisis par J.M. Chapoulie, Paris, EHESS, « Le nom des métiers tient à la fois de la carte de visite et de l'étiquette annonçant le prix »

Imbert G.	2010, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Dans recherche en soins infirmiers, 2010/3, n°102, p.23-43
Lori R.	(2017), « Entre universitarisation et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social en France et en Italie », Formation emploi, Revue française de sciences sociales. 138/Avril-Juin 2017, La professionnalisation dans l'enseignement supérieur : forme et effets variés. PDF en ligne.
Jeanguiot N.	(2012), « Apprentissage », Dans les concepts en sciences infirmières, Association de Recherche en Soins Infirmiers, p.72-74
Joanne P.	(2012), L'initiation à la recherche par la thématique des ambiances », Les cahiers de la recherche architecturale et urbaine, 1/11/2012
Jodelet D.	(2003), « Aperçus sur les méthodologies qualitatives », in Moscovici S. et Buschini F. (Dir.), Les méthodes des sciences humaines, Paris : PUF Fondamental, pp. 139-162
Jonnaert P.	(2009), « Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique », Col : Perspectives en éducation et formation, Edit. De Boeck Supérieur, 100 pages,
Joubert G.	(2010), « La professionnalisation, entre compétence et reconnaissance sociale », dans « La professionnalisation en formation », Textes fondamentaux » Dirigé par Wittorski, Edit : Presse universitaire de Rouen et du Havre, p.45-60
Kaddouri M.	(2010), « Dynamiques identitaires et engagement en formation ». Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris 13 Nord.
Kaddouri M.	(2006), « Dynamiques identitaires et rapports à la formation. » Dans M. Kaddouri, G. de Villiers, É. Bourgeois, & Barbier, J-M. Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation (pp. 121-145). Paris: L'Harmattan,
Kaddouri M.	(2019), « Reconversions professionnelles, dynamiques identitaires et rapport à la formation. », Dans Recherche et formation, ENS Editions, n°90, pages 103 à 115
Kaddouri M.	(2002), « Le projet de soi entre assignation et authenticité. » Dans : Recherche et formation, n°41,2002, Les dynamiques identitaires : questions pour la recherche et la formation. pp. 31-47
kaufmann J.C.	(2005), « L'invention de soi, une théorie de l'identité », Paris, Hachette Littératures
Keucheyan R.	(2002), « Identité personnelle et logique du social », Revue européenne des sciences sociales, XL-124 (2002), Histoire politique, philosophique et sociologiques de sciences, Edit : Librairie Droz, p.263-265
Kohn R.	(2003), Les voies de l'observation. Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines. Paris : L'Harmattan.11/2003
Kohn R.	(2014), « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », Dans Reflets et perspectives de la vie économique, 2014/4, Tom 52, p.67-82, Edit : De Boeck Supérieur
Kuhn T.	(2008), « La structure des révolutions scientifiques », Champs Sciences, Edit: Flammarion
Lacan J.	(1953), « Le symbolique, l'imaginaire et le réel », Bulletin interne de l'Association française de psychanalyse, 1953

Lang V.	(1999), « La professionnalisation des enseignants : sens et enjeux d'une politique institutionnelle », Edit : PUF
Lapeyronnie D.	(2022), 2023, « sociologie générale », université Victor Segalen Bordeaux 2, faculté des Sciences de l'homme. Département de sociologie, licence de sociologie, année universitaire 2005-2006
Le Boterf G.	(1998), « construire des compétences et réussir la professionnalisation », Intervention de M. Le Boterf lors du conseil du CIFP d'Aix-en-Provence, 28/05/1998
Le Boterf G.	(2015), « Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 question », Septième édition argumentée, Edit : Eyrolle
Le Boterf G.	(1998), « Construire des compétences et réussir la professionnalisation », Intervention lors du conseil du CIPF d'Aix-en-Provence, 28/05/1998, p.1
Le Boterf G.	(2010), « Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences. Les réponses à 100 questions », 5 ^{ème} Edition, Livres outils, Ressources humaines, Edit : Eyrolles
Le Boterf G.	(2011), « Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ? Comment développer son professionnalisme ? », Pédagogie collégiale, 24(2), 27-31
le Boterf G.	(2011), « ingénierie et évaluation des compétences », 6 ^{ème} édition, Editions d'Organisations, Eyrolles
Le Bouler S.	(2021), Etudes de santé. Le temps des réformes" Edit: Presses Universitaire François Rabelais
Le Douget A.	(2017), « Guérisseurs et sorciers bretons au banc des accusés : Finistère, 1800-1950, Fouesnant. », Ed. Le Douget, 2017, Dernière page de couverture
Le Minor J-M.	(2017), « La première dissection humaine officielle à Strasbourg en 1517 : à l'occasion du 500 ^e anniversaire », Mars 2017
Lebeaume J.	(2009), « Ce qu'on appelle « formation universitaire. De l'analyse générale au cas de la formation en technologie », 01/03/2009, Dans revue Recherche et Formation, 60/2009, La formation des enseignants
Lebeaume J.	(2013), « De la technologie industrielle aux sciences de l'ingénieur en France de 1945 à 2013 : contribution à l'étude du processus de disciplinarisation », Education et didactique, 7-2/2013, Varia, p.47-67
Lecordier D.	(2014), « Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières ? », Dans Recherche en soins infirmiers 2014/3, n°118, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers
Legault A.	(2003). « Crise d'identité professionnelle et professionnalisme. » Québec : Presses Universitaires du Québec.
Lemaire J.G	(2015), "L'identité à la croisée des chemins", Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, n°64, Edit: Eres
Leneveu M.C.	(2013), « Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage », Ethique et Santé 2013, 10, p. 66-69, Edit : Elsevier Masson
Leplat J.	(2008), « Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie », Col. Le travail humain, Edit ; PUF
Lessard C.	(2016), « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? », p.261-290. Dans « la professionnalisation en formation », dir Wittorski R, Edit : Presses universitaires de Rouen et du havre

Lessard C.	(2002), « Note de synthèse. Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle », Revue française de pédagogie 139, p.131-153
Lipiansky E.M.	(1990), « Introduction à la problématique de l'identité ». C. Camilleri, Kastersztein, Lipianksy, Malewska-Peyre, Taboada-Leonetti et Vasquez (Sous la dir. de). Stratégies identitaires. 1990, Paris : PUF, p. 7-26
Livain T.	(2010), « L'universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie devrait s'accompagner d'une réforme de son contenu. Le savoir expérientiel devrait être valorisé afin d'activer le processus d'autonomisation dans la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes », 2010, kinésithérapie scientifique 10/11/2010
Luque F.	(2002), « Entre l'identité et l'identification : un problème complexe de la recherche sociologique dans le domaine de l'inter culturalité », dans Société/0, Vol.76, p-59-70. Edit : De Boeck Supérieur
Maleyrot E.	(2019), « L'intention de professionnalisation dans la formation des masseurs-kinésithérapeutes : études d'un dispositif innovant appelé « Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Pratiques en Rééducation », Dans Phronesis, 2019/3, Vol.8, p.72-84, Edit : Revue Phronesis
Marillonnet C.	(2010), « universitarisation de la formation des infirmiers et professionnalisation des formateurs. Contribution à l'étude des enjeux dans les processus de changement auprès des cadres de santé formateurs », M2, Université François Rabelais, Tour
Mathieu P.	(2015), « Une formation pour répondre aux besoins de santé des personnes et de la population », Kinesither Rev 2015;15(167):15–17
Mattart C.	(2006), « le « sociologue-expert » à la télévision : un sens pour la posture sociologique », dans la sociologie dans la cité, 37-1/2006, Edit : Unité d'anthropologie et de sociologie de l'Université catholique de Louvain, p.85-103
Maubant p.	(2021), « Etudes des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui », Dans Sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle, 2001/2, Vol.44, p.7-11, Edit : ADRESE/CIRNEF
Mauss M.	(2012), "Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques", Edit: Presse Universitaire de France
McCall M.	(1988), « Lessons of Expérience », Lexitong Press. Il est site par Jefferson et Pollok (8/07/2014) dans: "70;20;10"; "Où sont les preuves", « bien que la phrase n'apparaisse jamais dans le livre. McCall, Lombardo et Morrison souhaitaient comprendre les éléments de la réussite des cadres »
MEES	(2016) MEES, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 2016, « Programme d'études secrétariat du Québec»
Meunier S.	(2010), « universitarisation des professions paramédicales : quel projet pour l'entreprise IFPEK, regroupant trois instituts de formation initiales », Mémoire présenté pour l'obtention du Master Professionnel Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes (master SIFA), Université Rennes 2, 2009-2010
Michon D.	(2015), « Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation. » », Kinesither Rev 2015, 15(167), p.30-36, Dossier, réforme de la formation initiale : l'unité pour l'université

Michon D.	(2020), « Tenir la dialogique intégration universitaire et amélioration de la professionnalisation », Kinésithérapie La Revue, Oct. 2020, 20(226), 1-2
Minois G.	(2015), « L'église et la science, histoire d'un malentendu. De Saint augustin à Galilée », Edition Fayard, p.88 à 93
Minois G.	(2015), « Le prêtre et le médecin. Des saints guérisseurs à la bioéthique », CNRS Edition, 456 pages, introduction.
Moliner P.	(2002), "Les représentations sociales. Pratique des études de terrain" Edit: Presse Universitaires de Rennes
Monet j.	(2019), "La naissance de la kinésithérapie », Rhumatologie Pratique, 2009,
Monet J.	(2004), Une spécialité médicale impossible construction et disqualification de la kinésithérapie », Regards sociologiques, n°29, 2004, pp. 115-130,
Monet J.	(2003), « Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX ^{ème} et au début du XX ^{ème} siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris 1-Panthéon Sorbonne, Juin 2003
Morvillers J.M.	(2015), « Le Care, le Caring, le Cure et le soignant », Dans Recherche en soins infirmiers, 2015/3, n°122, p.77-81, Edit. Association de Recherche en Soins Infirmiers
Moulin A.M.	(2010), "Le médecin du prince. Voyage à travers les cultures », édition Odile Jacob, p13 : "Nous ne devons pas rougir d'accueillir la vérité d'où qu'elle vienne, disait le philosophe arabe Al-Kindi, à Bagdad au IX ^{ème} siècle, même si elle vient de peuples différents de nous, et de nations différentes de nous. »
Mucchielli A.	(1986), « L'identité », Col : Que sais-je ?, Edit : PUF
Mulon M.	(2016), « les conditions pour créer une discipline en kinésithérapie. Résultats d'enquêtes », Kinesither Rev 2016;16(180):46–50
Noël-Hureaux E.	(2012), « En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? », Biennale Internationale Transmettre, communication n°219-Atelier 21 : Formation au métier du soin, Paris 2012
Noël-Hureaux E	(2015), « Le Care : un concept professionnel aux limites humaines ? », Association de Recherche en Soins Infirmiers/« Recherche en soins infirmiers », 2015/3 n°122, p.7 à17, ISSN 0297-2964, DOI 10.3917/rsi.1220007
Noël-Hureaux E.	(2015), « Le care : un concept professionnels aux limites humaines », Dans Recherche en Soins Infirmiers, 2015/3, n°122, p.7-17, Edit : Association de Recherche en Soins Infirmiers
Nour S.	(2009), « L'intégration par connaissance de l'identité : l'héritage freudien », dans « reconnaissance, identité et intégration sociale », Nouvelle édition, Nanterre presses universitaires de Paris Nanterre, 2009, p.193-213
OCDE	(2022), Regards sur l'éducation 2022, Les indicateurs de l'OCDE,
OMS	(2015), Organisation Mondiale de la Santé, 2015, « Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires et outil pour évaluer le volet santé et développement de l'adolescent dans la formation initiale
Osty F.	(2007), « les mondes sociaux de l'entreprise, penser le développement des organisations », La découverte, Paris
Osty F.	(2008), « Le désir de métier - Engagement, identité et reconnaissance au travail. » Presse universitaire de Rennes, Collection « des Sociétés ». 25/02/2003,

Osty F.	(2006), « Le pari du métier face à l'anomie. » Nouvelle revue de psychosociologie, 2006/2, n°2, p-91-106
Paivandi S.	(2015), « Apprendre à l'université », Col : pédagogie en développement, Edit : De Boeck supérieur
Paivandi S.	(2015), "Apprendre à l'université", Pédagogie et développement, Edit: De Boeck Supérieur
Parlier M.	(1991), « La compétence. Nouveau modèle de gestion des ressources humaines », Personnel, n° 3, vol. 36, 1991
Paul M.	(2012), « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », Recherche en soins infirmiers, 2012/3, n°110, p.13-20, Edit : Association de Recherche en soins Infirmiers
Pellandra-Dieci S.	(2010), « La construction et évolution de l'identité professionnelle en formation initiale », CIDD, 2 ^{ème} congrès international de Didactiques, 2010
Perez-Roux T.	(2020), « Représentations et formes d'appropriation de la réforme des études en masso-kinésithérapie par les formateurs : regards croisés entre échelles nationales et locale », Adrese/Cirnef. « Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle », 2020/1, vol.53, p.31-56
Perez-Roux T.	(2018), « Réforme de la formation en école de Masso-kinésithérapie : quels modes de réception par les formateurs ? », Education et socialisation, Les cahiers du CERFEE, 50/2018, 50 ans de sciences de l'éducation : apports et perspectives pour la socialisation. Varia, Dossier : Nouvelles missions, nouvelles approches et expansion du rôle social de la formation.
Perez-Roux T.	(2019) « La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation. Le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie L'Harmattan, 2019, p.13-14
Perrenoud P.	(2005), « Assumer une identité réflexive », In Educateur, n°2, 18/02/2005
Perrenoud P.	(2001), « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation », Cahiers pédagogiques, 2001, n°390, p.42-45
Perrenoud P.	(1999), « Enseigner, agir dans l'urgence décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe », Col : Pédagogie/Recherche, Edit : ESF
Perrenoud P.	(2005), « Assumer une identité réflexive », Educateur, n°2, 18/02/2005, 30-33
Perrenoud P.	(1994), « La formation des enseignants, entre théorie et pratique ». Paris : L'Harmattan
PERRET V.	(2003), « Chapitre 1 : Fondements épistémologiques de la recherche », in THIETART R.A. (coord.), Méthodes de recherche en management, Paris : Dunod, pp. 13-33
Poincaré H.	(1905), « La Valeur de la sciences. » 1905(p.73). La valeur de la science : Poincaré, Henri, 1854-1912 : Téléchargement, emprunt et streaming gratuits : Internet Archive
Popper K.R.	(2009), « La connaissance objective », Champs Essais, n°407, 7/11/2009, Sciences humaines et sociales
Postiaux N.	(2011), « Compétences et professionnalisation. Les compétences asservit-elle l'Université au monde professionnel, la faisant ainsi renoncer à son idéal pédagogique ? », Education et Formation-e-296-Décembre 2001

Prairat E.	(2016), « L'universitarisation de la formation infirmière. Radiographie d'une réforme dans les IFSI Publics Lorrains », Thèse soutenue le 1 ^{er} juin 2016, Université de Lorraine, école doctorale Stanislas
Privet J.	(2012), « Quand le foot se prend pour un ascenseur social », Edit : Champ social, Dans Le Sociographe, 2012/2, n°38, p.52-58
Prud'homme J.	(2011), « professions à part entière, histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes et travailleurs sociales au Québec », éd. Les presses universitaires de Montréal
Rapport IGAS	(2021), Rapport IGAS de 2021, « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé »
Reboul O	(2010), « Chapitre II. L'apprentissage », dans Qu'est-ce qu'apprendre ? », 2010, Col. Education et formation, Edit. Presse Universitaire de France, p.40-75
Regnaud J.P	(2022), Dossier «L'institut universitaire de kinésithérapie de Fontainebleau», Dans « Etudes de santé. Le temps des réformes», p.406-410
Reitel B.	(2021), « Identité(s) et universités nouvelles, une question de proximité ? », Edit : Education, formation et lien social, Artois presses Université
Remilleux M	(2018), « L'anatomie hier et aujourd'hui...quelle histoire ! », 8-03-2018, Elsevier
Remondière R.	(1996), « Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990) », 1996, EHESS Paris
Remondière R.	(2018), Regards sur la kinésithérapie en 2018, SFSP. "Santé Publique", 2018/6 Vol.30, p.869 à 876, https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm
Remondière R.	(2019), "Condition d'application de la rééducation fonctionnelle chez les blessés de la Grande Guerre, Revue Histoire des armées 2019/1 n°294,
Remondière R.	(2014), « L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France » Santé publique 2014/5, Vol.26
Remondière R.	(1994), « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) » Les cahiers du centre de recherche historiques, Archives, 12/1994, Polysémie de la santé. Institutions et pratiques sociales en France et au Québec 1750-1980
Remondière R.	(2018), « Regard sur la kinésithérapie en 2018 », Société Française de Santé dans Santé Publique 2011/6 Vol.30, pages 869-876
Revue des MK	(1956), Revue des Masseurs kinésithérapeutes, Avril 1956, numéro spécial
Riopel M.C.	(2006), « Apprendre à enseigner : une identité professionnelle à développer », Edit : Presses Universitaire Laval ; Collection Formation et profession, Edit: Presse de L'université Laval.
Robert D.A.	(2018), « Chapitre 4. « Le cœur de métier » ». Dans professeurs des écoles au XXI ^{ème} siècle, p.89 à 111
Roquet P.	(2012), « Comprendre les processus de professionnalisation une perspective en trois niveaux d'analyse », Phronis, Vol.1, n°: 2, Edit: Institut de recherche sur les pratiques éducatives.
Rothier-Bautzer E.	(2012), « Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière », Dans Cadre de santé, Gestions des ressources humaines, Edit: Lamarre

Rouby E.	(2004), « La codification des compétences organisationnelles. L'épreuve de la vie », dans Revue française de gestion, 2004/2, n°149, p.51-68, p.54
Rousseau J.J.	(2012), « Du contrat social », GF Flammarion
Sainsaulieu R.	(1994), « Méthode pour une sociologie de l'entreprise », Edit : les presses de sciences Po (1/12/1994)
Sainsaulieu R.	(1988), « L'identité au travail. », Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques. 3ème édition
Sainsaulieu R.	(1985), « L'identité au travail » (2e éd). Col : Références, Edit : Presses d e Sciences Po
Salaün P.	(2013), Mémoire M2, « Comment, et par quels moyens, au sein des IFMK, la notion de recherche est-elle développée, voire enseignée ? J'ajouterai, dans quel but ?
Salaün P.	(2019), « Validation des acquis buissonniers vers une meilleure reconnaissance par l'institution éducative de l'expérience des professionnels, des étudiants et des élèves » sous la direction de Corinne Baujard
Salgado M.	(2007), « Section 1. La « performance » : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations », p.1, Notat N., 2007, « Une question centrale », Acteurs de l'Économie, dossier spécial performance
Samurcay R.	(1995), « La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences », in Éducation permanente, 123, 13-31
Schön D.	(2017), « The Reflective practitioner. How professionals think in action”, New York: Basic Books. Format Ebook (ePub), Edit: RoutlDge, Parution 02/03/2017
Signeyrole J.	(2015), « En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation? une question de lecture et de perspectives. », Kinésithérapie La revue, 15(167), p.37-41
Snyders G.	(1993), « heureux à l'université. Etude à partir de quelques biographies», Les repères pédagogiques, Edit : Nathan pédagogie
Sorel M.	(2005), « la professionnalisation en actes et en questions », Edit : l'Harmattan
Stage M.	(2021), « Pour une compréhension de l'institutionnalisation de la responsabilité sociétale des universités françaises études de cinq universités », Thèse soutenue le 1/1/2021, Université de Strasbourg
Stengers I.	(1995), " L'invention des sciences modernes", Champs Sciences, Edit: Flammarion
Tajfel H.	(1971), « Catégorisation sociale et comportement intergroupe », 1 ^{ère} Edition, Dans Revue européenne de psychologie sociale, Vol.1, n°2, p.148-178, 153
Tajfel H.	(1972), « La catégorisation sociale. » dans S. Moscovici (Dir.), Introduction à la psychologie sociale. Vol. 1. Paris, Larousse, p. 272-302
Talloires	(1990), déclaration de Talloires 1990
Tap P.	(2005), « Identité et exclusion », Dans : Connexions 2005/1, n°83, p.53-78, Edit : Eres
Tardif J.	(2013), « De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacle souvent infranchissable ». Revue française de linguistique appliquée. Vol XVIII, 29-45
Tardif J.	(2013), Notes personnelles, Conférence du 20 février 2013, donnée à l'ICAP Université de Lyon 1.
Terraneo F.	(2006), « Le concept de compétences en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives », Dans Recherche en soins infirmiers, 2006/4, n°87, p.16-24, Edit : Association de recherche en soins infirmiers

Tronto J.C.	(2008), « Du Care », Dans Revue du Mauss 2008/2, n°32, p.243-265, Edit. La Découverte
Uwamariya A.	(2005), « Le concept de « développement professionnel » en enseignement : approches théoriques », Revue des sciences de l'éducation, Vol 31, n°1,2005
Valentin Haüy	(1909) Journal «Le Valentin Haüy », 27ème année, n°4, Avril 1909
Vigil-Ripoche M.A.	(2014), « Biographie d'une pionnière du « prendre soin » « Collière Marie-Françoise, 1930-2005, Une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogie, une conceptrice des soins, et...une femme », Concept d'approche thérapeutique du Cure (p.18) : approche par et pour le soin comme outil de traitement sans approche du ressenti du malade. A l'inverse du Care (p.17) ou le patient est au centre de l'action thérapeutique dans son univers personnel et professionnel.
Vinsonneau G.	(1997), « Culture et comportement », Col : Cursus, Edit : Armand Colin,
Vonthron A.M.	(2011), « Développement des identités, des compétences et des pratiques professionnelles », Association Internationale de Psychologie du travail de langue Française, Edit: L'Harmatan
Walsham G.	(1993), Interpreting Information Systems in Organizations. Chichester », NH: Wiley, 1993, « la recherche interprétative vise à produire une connaissance du contexte des systèmes d'information et des processus par lesquels le système d'information influence et est influencé par le contexte »
Warchol N.	(2007), « La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle », Edit : Association de Recherche en soin infirmier, Dans Recherche en soin infirmier 2007/4, n°91, p.75-96
Wenner M.	(2001), « Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles », Dans Sociologie et culture infirmière, Edit : Seli Arslan
Wergnaud G.	(2001), « Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance », dans J. Portugais (Éd.), « La Notion de compétence en enseignement des mathématiques, analyse didactique des effets de son introduction sur les pratiques et sur la formation ». Actes de colloque, Montréal
Weygand Z.	(2008), « Les aveugles au travail. Des origines à l'émergence de nouveaux métiers à la fin du XIXe et au début du XXe siècle (sténographes, dactylographes, phono-dactylographes, téléphonistes) ». 2008, Editeur: Centre d'histoire des techniques et de l'environnement du Cnam (CDHTE-Cnam), Société des élèves du CDHTE-Cnam. « Un seul métier fait exception: celui d'accordeur-facteur de pianos, « officiellement » ouvert aux aveugles par la création d'une classe d'accord à l'Institution nationale de Paris en 1836.
Weygand Z.	(2003), « Vivre sans voir. Les aveugles dans la société française du moyen âge eu siècle de Louis Braille », Grane, Edition Créaphis, 2003
Wittorski R.	(2009), « A propos de la professionnalisation », - Chapitre paru dans JM Barbier, E Bourgeois, G Chapelle et JC Ruano-Borbalan (éd. 2009) Encyclopédie de l'éducation et de la formation (p. 781-793). Paris : PUF
Wittorski R.	(2010), « La professionnalisation : d'un objet social à un objet scientifique.. », Les dossiers des sciences de l'éducation, 24/2010, Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets, Edit : PUF, p.7-11
Wittorski R.	(2010), « Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets », Les dossiers des sciences de l'éducation, 24/2010, Edit : Presses universitaire du Midi

Wittorski R.	(2008), « La professionnalisation », Dans Savoirs, 2008/2, n°17, p.9-36, Edit. L'Harmattan
Workopolis	(2015), « Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat ? », Recherche d'emploi, 18/12/2015, Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat? - Workopolis Blog
Zarifian P.	(2004), « Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions », Col : Entreprise et Carrières, 2 ^{ème} édit., Edit Liaison
Zielinski A.	(2010), « L'éthique du Care. Une nouvelle façon de prendre soin », Dans Etudes 2010/12, Tome 413, p.631-641, Edit : S/E.R

Liste des liens

- 1- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 2- L'universitarisation des formations en santé - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)
- 3- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 4- Article 123 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 5- Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 6- La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au CNU, avancée majeure pour la kinésithérapie – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (ordremk.fr)
- 7- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur ne reconnaît pas les Sciences Orthophoniques – Fédération Nationale des Orthophonistes (fno.fr)
- 8- La valeur de la science : Poincaré, Henri, 1854-1912 : Téléchargement, emprunt et streaming gratuits : Internet Archive
- 9- Société Française de Physiothérapie - Accueil (sfphysio.fr)
- 10- CNU - Sections CNU (conseil-national-des-universites.fr)
- 11- La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au CNU, avancée majeure pour la kinésithérapie – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (ordremk.fr)
- 12- Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 13- ARDOINO Implication 1991.pdf
- 14- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 15- Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 29 juin 2021, 20-83.294, Inédit - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 16- Du Massage par Estradère, 1863, 1ère édition (cfdrm.fr)
- 17- Du Massage ; son historique ; ses manipulations, ses effets physiologiques ... - J. Estradère - Google Livres,
- 18- These-Du-massage-Estradere-1863.pdf (cfdrm.fr)
- 19- Pour l'histoire de la médecine - Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé - Presses universitaires de Rennes (openedition.org)
- 20- https://www.persee.fr/doc/ahess_03952649_1998_num_53_2_279672_t1_0425_0000_002
- 21- Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 22- Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 29 juin 2021, 20-83.294, Inédit - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 23- L'apport du toucher relationnel et des massages dans les soins palliatifs à domicile (infirmiers.com)
- 24- EXERCICE ILLÉGAL DU MASSAGE ET DE LA KINESITHERAPIE (kine-services.com)
- 25- 73 ans après la création de leur profession, les Masseurs-Kinésithérapeutes sont-ils prêts à changer de nom ? — Agence EBP (agence-ebp.com)
- 26- Pour une relation thérapeutique saine et sécurisée – Kit de communication – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (ordremk.fr)

- 27- <https://www.bing.com/ck/a?!&p=03af905ac49d95d0JmldtHM9MTY2NzY5MjgwMCZpZ3VpZD0zYTljYjg0Mi0xZTMyLTU4N2UtM2I0Mi1hYTE2MwY3NTY5ZWEmYW5zaWQ9NTE5OQ&ptn=3&hsh=3&fclid=3a9cb842-1e32-687e-3b42-aa161f7569ea&psq=fnek&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuZm5lay5mci8&ntb=1>
- 28- Traitement des troubles musculo-squelettiques | ameli.fr | Assuré
- 29- (Efficacité du massage sportif pour la récupération des muscles squelettiques après un exercice intense | Demande PDF (researchgate.net)).
- 30- Massage et récupération post-exercice: la science émerge | Demande PDF (researchgate.net).
- 31- Le massage augmente la régénération des fibres musculaires et l'angiogenèse et diminue la fibrose après une blessure d'exercice excentrique: 1856 Board #201 28 mai, 15h30 - 17h00 | Demande PDF (researchgate.net)
- 32- Définition de "Thérapie" - Dictionnaire médical (dictionnaire-medical.fr)
- 33- Demorand – Bronchiolite et kinésithérapie, halte à la désinformation ! - Le Point
- 34- Titres et travaux scientifiques : Lucas - Championnière, Just : Téléchargement gratuit, emprunt, et streaming : Internet Archive
- 35- Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute - Onisep, CIDJ Kinésithérapeute : métier, études, diplômes, salaire, formation | CIDJ
- 36- Les Formations Kinésithérapie : toutes les infos sur les écoles ! (diplomeo.com), Au futur Études kiné : formation, programme et salaire - AuFutur
- 37- Études de Kinésithérapeute (diplomeo.com)
- 38- Arrêté du 7 juillet 2021 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 39- Arrêté du 15 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 40- Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute - Onisep
- 41- Loi n°47-649 du 9 avril 1947 DITE MORICE PORTANT RATIFICATION DU DECRET 462971 DU 31-12-1946 RELATIF A L'INSTITUTION DU REGIME DE SECURITE SOCIALE DES FONCTIONNAIRES SOUS RESERVE DE L'ART. 2 DUDIT DECRET QUI SE TROUVE MODIFIE - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 42- Notre histoire - EKP
- 43- Article - Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE MASSEUR GYMNASTE MEDICAL, DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET DE PEDICURE - Légifrance (legifrance.gouv.fr).
- 44- https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1997_num_38_4_4670
- 45- Loi n°46-330 du 8 avril 1946 RELATIVE A L'EXERCICE DES PROFESSIONS D'ASSISTANTES OU D'AUXILIAIRES DE SERVICE SOCIAL ET D'INFIRMIERES OU D'INFIRMIERS - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 46- Histoire radiothérapie - Musée Curie
- 47- Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 48- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (conseil-constitutionnel.fr)
- 49- www.risquesprofessionnels.ameli.fr/...statistiques/Baisse%20des%20accid
- 50- A propos de la professionnalisation (hal.science)
- 51- <https://doi.org/10.7202/1009061ar>
- 52- Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse (erudit.org),
- 53- <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2-page-9.htm>
- 54- monographie_mk-2.pdf (sante.gouv.fr),
- 55- Les salaires en 1985 (persee.fr)
- 56- Combien gagne un kiné ? Le salaire du kiné | Les montants (kinejob.com).
- 57- Notion : Définition simple et facile du dictionnaire (linternaute.fr)
- 58- Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation » - ScienceDirect
- 59- rechercheformation-766.pdf
- 60- Définition et principes - Centre d'Innovation et d'Ingénierie Pédagogique (insa-toulouse.fr)
- 61- La notion d'expérience chez John Dewey : une perspective éducative (openedition.org),
- 62- Approche pédagogique — l'approche modulaire (enseignement individualisé)- HRIImag : HOTELS, RESTAURANTS et INSTITUTIONS
- 63- Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 64- L'Apprentissage compte: examen des méthodes permettant de comprendre d'évaluer et d'améliorer la qualité de l'éducation pour tous - UNESCO Bibliothèque Numérique
- 65- <https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>
- 66- Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'Etat de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- 67- Accès en école de kiné: «Plus personne n'y comprend rien» - Le Figaro Etudiant
- 68- Catégorie, corps, cadre d'emplois, grade et échelon : quelles différences ? - Ma situation | Service-public.fr

- 69- Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
 70- Demander sa carte d'éducateur sportif – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (ordremk.fr)
 71- Masseur-kinésithérapeute - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)
 72- le doctorat et les docteurs - état de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°16 (enseignementsup-recherche.gouv.fr)
 73- Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat? - Workopolis Blog
 74- Microsoft Word - AAP Thèses Andra 2022 - thèmes Vf
 75- Quels enjeux pour la responsabilité sociétale de l'université ? L'exemple de l'université de Bordeaux | Association Afev
 76- Septem artes liberales : qu'est-ce qui a été étudié au Moyen Âge ? | Die Welt der Habsbourg
 77- Comment développer l'autonomie des étudiants ? (defi-autonomie-etudiants.fr)
 78- Bilan de compétences d'un salarié du secteur privé | Service-public.fr
 79- VAPP - Validation des acquis professionnels et personnels | Le CNAM Ile-de-France (cnam-idf.fr)
 80- Entretien avec Claude Dubar autour du concept d'identité — Sciences économiques et sociales (ens-lyon.fr)
 81- Identity and the life cycle. (apa.org),
 82- Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat ? », Recherche d'emploi, 18/12/2015, Quels débouchés pour les titulaires d'un doctorat? - Workopolis Blog

Questionnaire exploratoire étudiants paramédicaux

Première partie

Le choix du métier et du cursus de formation initiale

Questions	Réponses proposées
1) Vous-êtes étudiants en :	<input type="radio"/> Masso-Kinésithérapie <input type="radio"/> Ergothérapie <input type="radio"/> Psychomotricité <input type="radio"/> Orthophonie <input type="radio"/> Soins Infirmier <input type="radio"/> Maïeutique <input type="radio"/> Ostéopathie <input type="radio"/> Filiaire Staps <input type="radio"/> Chiropraxie
2) En quelle année êtes-vous :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7
3) Votre choix pour ce métier fait suite à :	<input type="radio"/> Un choix personnel <input type="radio"/> Une reconversion professionnelle <input type="radio"/> Une VAE <input type="radio"/> La suite de mon orientation après le BAC <input type="radio"/> Une réorientation par équivalence universitaire <input type="radio"/> Un choix qui correspond à mon statu
4) Vous avez choisi ce métier pour :	<input type="radio"/> La possibilité d'évolution rapide <input type="radio"/> La reconnaissance qu'il apporte <input type="radio"/> Des reconversions professionnelles facilitées <input type="radio"/> La possibilité d'espérer de hauts revenus <input type="radio"/> Son statut dans le soin
5) Etes-vous considéré comme un sportif de haut niveau :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6) Etes-vous porteur d'un handicap :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7) Etes-vous passé par la PACES pour vos études dans ce métier :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8) Si OUI avez-vous redoublé cette première année :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui une fois <input type="radio"/> Oui deux fois

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pas concerné
9) Si OUI, votre choix d'études paramédicales est :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mon choix personnel sans tenir compte du classement dès ma première année sans redoubler ○ Le résultat du classement en fin de premier semestre en PACES sans redoublement ○ Mon choix personnel après ma deuxième première année ○ Le choix par défaut en fin de première année pour ne pas redoubler ○ Le choix par défaut en fin de première année pour ne pas changer de filière ○ Le choix par défaut en fin de première année pour ne pas entrer dans le monde du travail ○ Le choix après redoublement ○ Le seul choix envisageable pour ne pas redoubler ○ Le seul choix possible pour ne pas redoubler ○ Le seul choix possible au regard du cursus proposé pour ce métier
10) Si NON êtes-vous entré dans ce métier :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Par dérogation ○ Par équivalence ○ Par concours ○ Par sélection directe de l'établissement ○ Pour valider mon diplôme non français mais d'origine européenne ○ Pour valider mon diplôme non français et hors communauté européenne
11) Pensez-vous que le cursus d'études proposé pour votre métier répond à vos attentes :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui totalement ○ Oui mais je pense que je me formerai régulièrement ○ Oui pour la partie théorique mais partiellement pour la pratique ○ Oui, je désirai faire des études courtes ○ Oui, je voulais faire des études dans la santé

Deuxième partie

Place sociale et reconnaissance

Questions	Réponses proposées
12) Dans votre formation initiale vous vous considérez comme :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un étudiant ○ Un professionnel en formation ○ Un professionnel en devenir jusqu'à l'obtention de ma qualification (Diplôme)
13) Dans votre formation initiale vous êtes reconnu comme :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un étudiant ○ Un professionnel en formation ○ Un professionnel en devenir jusqu'à l'obtention de ma qualification (Diplôme)
14) Les différents intervenants de votre formation initiale vous considèrent comme	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un étudiant ○ Un professionnel en formation ○ Un professionnel en devenir jusqu'à l'obtention de ma qualification (Diplôme) ○ Un collègue ○ Un futur collègue ○ Un concurrent
15) Vous considérez que votre formation initiale vous positionne comme :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un des acteurs dans le soin ○ L'acteur principal du soin de ma spécificité (Métier) ○ Un des acteurs de la rééducation ○ L'acteur principal de ma spécificité (Métier)
16) Pensez-vous que certains cours pourraient être mutualisés avec les autres étudiants en formation initiale des métiers du soin :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui, mais que sur l'approche anatomique, physiologique, pathologique ○ Oui, mais que sur l'approche méthodologie de recherche ○ Oui, sur la combinaison des 2 premières approches ○ Oui, sur la combinaison des 2 premières approches en y incluant la clinique ○ Oui, mais sans y inclure l'approche clinique, elle est spécifique à chaque métier
17) Pensez-vous que des approches thérapeutiques peuvent-être mutualisées	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui, l'objectif thérapeutique est commun à tous, seuls les moyens sont spécifiques ○ Oui, elles le sont de fait par l'approche clinique ○ Non, elles sont spécifiques à chaque spécialité
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui, certaines techniques peuvent être effectuées par

18) Pour vous, l'action « soin/technique », peut-il être mutualisé, où effectué par plusieurs acteurs :	<ul style="list-style-type: none"> ○ plusieurs acteurs ○ Oui, si les objectifs sont communs ○ Oui, si le patient l'accepte ○ Non, les soins sont spécifiques à chaque métier
19) Pensez-vous qu'avec votre expertise vous pouvez intervenir hors prescription médicale :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Non, mon métier est réglementé ○ Oui, dans le cadre de l'assistance à personne en danger ○ Oui, je peux proposer mon approche clinique pour qu'elle soit validée médicalement, sans intervention de première intention ○ Oui, je peux intervenir en respectant mes compétences
20) Pour vous, votre intervention peut-elle être prescrite par un autre acteur du soin hors médecin ? :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Non, seul le médecin peut prescrire mon intervention ○ Non, c'est le plus diplômé qui garde le monopole de la prescription ○ Oui, si la demande est actée comme compétence du prescripteur
21) Entre vous étudiants :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vous vous vouvoyez ○ Vous vous tutoyez ○ Vous faites une différence en fonction de l'âge
22) Lors de vos prises de paroles	<ul style="list-style-type: none"> ○ Je ne vouvoie que les formateurs ○ Je tutoie tout le monde ○ Je ne tutoie que les formateurs kinésithérapeutes ○ Je fais une différence entre les différents intervenants en vouvoyant les médecins ○ Je ne serai me positionner, cela dépend du contexte
23) Dans votre futur vos patients vous les :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tutoierez ○ Vouvoierez
24) Dans votre futur vos patients vous :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tutoierons ○ Vouvoierons
25) Dans votre futur vous :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tutoierez tous vos collègues ○ Tutoierez vos collègues sauf les médecins que vous vouvoierez ○ Ne tutoierez que mes correspondants connus sans tenir compte de leur titre ○ Ne tutoierez que mes correspondants connus à l'exception des médecins ○ Adaptez votre tutoiement en fonction du moment
26) Pour vous, vos patients vous présentent par :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Votre nom et prénom ○ Votre nom ○ Votre prénom ○ Votre titre ○ Je ne sais pas
27) Pour vous, vos patients vous parlent en disant :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur/Madame (Ex : Madame j'ai des soins...) ○ Votre prénom (Ex : Pierre, peux-tu décaler mon rdv...) ○ Votre titre (Ex : Docteur, je suis malade...)
28) Dans la « rue », on vous reconnaît et on vous adresse la parole par :	<ul style="list-style-type: none"> ○ « Bonjour, Pierre... » et on vous tutoie ○ « Bonjour, Pierre... » et on vous vouvoie ○ « Bonjour Madame » ○ « Bonjour Docteur... »
29) Lorsqu'une personne vous conseille elle vous présenterait comme :	<ul style="list-style-type: none"> ○ « Va voir mon infirmière (ou autre)... » ○ « Je te conseille monsieur... » ○ « Moi je vais chez le Docteur... »
30) Lorsque vous travaillez vous avez :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une tenue adaptée ○ Une blouse, chemise, teeshirt, polo blancs ○ La tenue avec laquelle je quitte mon domicile ○ La tenue proposée par l'employeur ○ La tenue conseillée par mes collègues ○ La tenue la plus adaptée pour ma pratique
31) À la fin de vos études vous envisagez de :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre des vacances (plus ou moins longues) ○ Prendre des vacances méritées ○ Travailler à mi-temps comme remplaçant ○ Travailler à temps complet comme remplaçant ○ Multiplier les remplacements pour affiner ma pratique ○ Multiplier les remplacements pour explorer d'autres

	<ul style="list-style-type: none"> ○ approches thérapeutiques ○ M'installer directement à mon compte
32) Votre vision de votre future installation est de :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler en salariat ○ Travailler à mi-temps en libéral et à mi-temps en salariat ○ Travailler à temps complet en libéral
33) Pour votre future installation vous aimeriez :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler seul ○ Travailler en cabinet de groupe sans médecin ○ Travailler en cabine de groupe avec médecin ○ Travailler à l'hôpital ○ Je ne suis pas encore décidé
34) Avec vos premiers revenus vous envisagez de :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rembourser mes études (banques, famille) ○ Préparer ma future retraite ○ Commencer à faire des économies ○ Préparer ma vie personnelle ○ Préparer ma future installation
35) Avec vos premiers revenus fixes vous envisageriez de :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire un grand voyage ○ De devenir propriétaire à titre personnel ○ De devenir propriétaire à titre professionnel ○ D'acheter la voiture de mes rêves ○ De placer une partie pour ma faille à venir
36) Quels revenus fixes aimeriez-vous avoir par mois de votre pratique :	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1800 ○ 2000 ○ 2500 ○ 3000 ○ + de 3000
37) D'après vous dans quelle catégorie socioprofessionnelle serez-vous après l'obtention de votre diplôme ? :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Agriculteurs exploitants ○ Artisans, commerçants, chefs d'entreprises ○ Cadres et professions intellectuelles supérieures ○ Professions intermédiaires ○ Employés ○ Ouvriers ○ Retraités ○ Sans activité ○ Ne sais pas
38) Pensez-vous que votre activité ne se limite qu'aux soins ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui, nous sommes formés pour être acteur dans le soin ○ Oui, mais au sens « large du soin ». On conseille, on oriente, on rassure on explique, on appuie au patient ○ Non
39) Si non pourquoi :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nous avons un rôle de formateur ○ Nous avons un rôle d'expert auprès de l'état pour notre métier ○ Nous avons un rôle de représentation syndical et ou ordinal pour notre métier ○ Nous avons un rôle d'expert auprès de la justice pour notre métier

Troisième partie

Etat civil

Questions	Réponses proposées
40) Vous-êtes :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une femme ○ Un homme
41) Votre âge :	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20-25 ○ 26-30 ○ 31-35 ○ + de 36
42) Vos autres diplômes :	<ul style="list-style-type: none"> ○ CAP/BEP ○ Bac Pro ○ Bac générale ○ Licence ○ Master ○ Doctorat ○ Diplôme de grande école ○ DE (diplôme d'état)

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diplôme étranger inférieur au Bac <input type="radio"/> Diplôme étranger de niveau BAC <input type="radio"/> Diplôme étranger de niveau supérieur au BAC
43) Avez-vous contracté une aide de financement pour ces études :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui par ma banque <input type="radio"/> Oui par une aide familiale <input type="radio"/> Non je l'autofinance
44) Vous êtes :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> En reconversion professionnelle <input type="radio"/> Reconversion personnelle <input type="radio"/> Je poursuis mon parcours étudiant
45) Avez-vous une activité rémunérée pendant vos études :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui occasionnellement <input type="radio"/> Oui quelques heures par semaine <input type="radio"/> Oui à 1/3 temps en CDD <input type="radio"/> Oui à 1/3 en CDI <input type="radio"/> Oui à ½ temps en CDD <input type="radio"/> Oui à ½ en CDI <input type="radio"/> Non
46) Avez-vous une activité non rémunérée pendant vos études :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui occasionnellement <input type="radio"/> Oui quelques heures par semaine <input type="radio"/> Non
47) Ces activités extra « scolaires » (rémunérés ou pas) sont-elles :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> En relation avec mes études <input type="radio"/> Juste de quoi couvrir mes dépenses financières <input type="radio"/> Un premier pas dans le monde du travail <input type="radio"/> La continuité d'une activité commencée avant
48) De quelle classe socioprofessionnelle est votre mère :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Agricultrices exploitantes <input type="radio"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprises <input type="radio"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="radio"/> Professions intermédiaires <input type="radio"/> Employés <input type="radio"/> Ouvriers <input type="radio"/> Retraités <input type="radio"/> Sans activité <input type="radio"/> Ne sais pas
49) De quelle classe socioprofessionnelle est votre père :	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Agricultrices exploitantes <input type="radio"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprises <input type="radio"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="radio"/> Professions intermédiaires <input type="radio"/> Employés <input type="radio"/> Ouvriers <input type="radio"/> Retraités <input type="radio"/> Sans activité <input type="radio"/> Ne sais pas