

UNIVERSITE DE PARIS I – PANTHEON SORBONNE

INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES DU TRAVAIL

Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle

UNE SPECIALITE MEDICALE IMPOSSIBLE
Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914

Jacques **MONET**

Thèse pour le doctorat en sociologie
Sous la direction de **Michel OFFERLE**
Professeur des Universités Paris I – Panthéon-Sorbonne

Volume 1

Jury :

Monsieur **Jacques DEFRANCE**, Professeur des Universités, Laboratoire Sport et Culture, Paris X Nanterre.

Monsieur **Olivier FAURE**, Professeur des Universités, Centre Pierre Léon d'Histoire économique et sociale I.S.H. CNRS - Université Lumière Lyon II.

Monsieur **Michel OFFERLE**, Professeur des Universités, Paris I Panthéon Sorbonne.

Monsieur le Professeur **Denys PELLERIN**, Membre de l'Académie de médecine et ancien Président de l'Académie de chirurgie.

Monsieur le Docteur **Patrice PINELL**, Directeur de recherche I.N.S.E.R.M., Centre de Sociologie Européenne.

Juin 2003

Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle

UNE SPECIALITE MEDICALE IMPOSSIBLE
Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914

La recherche porte sur l'analyse des processus qui ont abouti à la pénétration, à l'utilisation et à une certaine légitimation de la **kinésithérapie** (*massage et gymnastique*) dans le champ médical, en particulier dans celui des spécialités émergentes. Dans la mouvance hygiéniste de la fin du XIX^{ème} siècle, la médicalisation de ces pratiques ouvre la voie à des perspectives dans l'art de guérir. Les médecins initiateurs en reconnaissant la qualité d'agent thérapeutique aux méthodes préconisées, tentent de leur conférer un statut médical, consignnant et énonçant un savoir théorique et abstrait, attribut des *professions établies* pour qu'elles soient enseignées à la Faculté. Pour les médecins promoteurs d'une médecine naturelle ou physique, ces nouveaux outils thérapeutiques sont à considérer comme une nouvelle discipline, voire une nouvelle spécialité médicale. Mais, les thérapeutiques manuelles et mécaniques, sont l'apanage des rebouteurs, guérisseurs, magnétiseurs, gymnastes et autres profanes, voire des charlatans, considérées comme indignes des docteurs en médecine. Le réseau d'intérêts qui se constitue, rassemble un groupe multiforme d'acteurs qui, dans la mouvance de l'application d'autres agents physiques (électricité, eau, air), tentent d'élargir et de rassembler les traitements par ces agents dans une nouvelle vision de la thérapeutique : la **physiothérapie**. Quelques médecins praticiens réclament l'exclusivité des pratiques, d'autres préfèrent les confier à des aides de proximité formés à la disposition du corps médical pour assurer les manipulations pénibles. On se situe alors dans le cadre d'une division du travail particulière où le médecin est contraint de partager une branche de la thérapeutique. La structuration des méthodes et la présence d'un praticien formé pour les appliquer, limitent la pénétration de ces méthodes qui imposent au médecin d'exercer un **métier manuel**. La création des centres de physiothérapie organisés par l'Institution militaire pendant la guerre de 1914-1918, légitime la physiothérapie dans ce qu'elle a d'utile pour la récupération et la rééducation des blessés. Le massage apparaît comme un invariant de l'ensemble des pratiques qui justifie la présence d'un professionnel formé dans des écoles en ville, dirigées par un médecin pour l'exercice d'un métier médical.

Birth of Physiotherapy in France at the end of the XIXth and at the beginning of the XXth centuries in France

AN IMPOSSIBLE MEDICAL SPECIALTY
Genesis, actors and interests from 1880-1914

Sociologie, Socio-histoire, Sciences sociales

Genèse de la kinésithérapie, du massage, de la rééducation et de la physiothérapie
Para-profession, sub-profession, professions établies
Histoire, Sciences sociales
Construction historique du champ médical et spécialités médicales

UNIVERSITE DE PARIS I – PANTHEON SORBONNE
Institut des Sciences sociales du travail 16, Boulevard Carnot 92340 BOURG LA REINE

Je dois reconnaître que la construction de l'étude proposée n'a pas été sans difficulté devant l'amoncellement des documents, des livres et d'antiquités réunis pendant de nombreuses années à **l'Ecole de kinésithérapie de Paris** (ADERF) dont j'assure depuis vingt ans la direction. Ecartant la feuille blanche pour lui préférer les inventaires, la recherche de livres rares et les communications à la demande des professionnels, j'ai été souvent convaincu que d'autres mieux armés que moi, prendraient le temps de découper par l'analyse et de reconstituer la genèse de la kinésithérapie. Rien initialement ne me prédisposait à réaliser cette recherche, mais l'entourage dont j'ai bénéficié tout au cours de la vie, une expérience professionnelle inhabituelle et singulière, des rencontres et des événements exceptionnels, m'ont fourni l'énergie et la volonté pour en achever sa rédaction. Poussé par un intérêt croissant lors de la consultation d'archives et par un intérêt pour la sociologie des groupes d'intérêt et des groupes professionnels, en particulier de celui auquel j'appartiens, j'ai écarté les engagements d'une vie professionnelle militante au service du métier et sacrifié les moments privilégiés de la vie familiale.

Ce travail s'étant développé sur plusieurs années, il me faudrait remercier de très nombreuses personnes ; toutes celles notamment qui ont participé à ma trajectoire biographique et m'ont encouragé à rédiger cette socio-histoire d'une pratique médicale devenue depuis un métier au service des hommes. Je ne peux donc toutes les citer ici. Cependant, je ne peux écartier ceux qui m'ont apporté leur soutien et leur exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.

Qu'il s'agisse :

- des anciens élèves et professeurs du **Cours de Gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle des Enfants malades**, et en particulier **GUY DESMONTS**, initiateur de mon engagement professionnel, des enseignants, cadres pédagogiques, médecins et chirurgiens, personnels et membres de l'A.D.E.R.F. ; de **JACQUES DEFRANCE** qui un matin d'hiver dans un petit café du 14ème arrondissement de Paris, m'a confié l'énorme bibliographie qu'il avait réunie pour la réalisation de sa thèse devenue un modèle pour moi et qui m'a donné l'envie de l'imiter, du **Dr PATRICE PINELL** lors des séminaires doctoraux aux cours desquels la construction du champ historique de la médecine m'est apparue encore plus attirante,

- de mes proches,

MARIE-THERESE qui partage les joies d'une existence animée, pleine de richesses qui m'a stimulé lors des révoltes et laissé des moments de liberté indispensable pour s'occuper de **BENJAMIN** et de **GREGOIRE** nos enfants, mes **parents**, en témoignage de mon affection et de leur présence de tous les instants notamment pour la relecture de ce travail, à mon père disparu il y a quelques semaines pour tout ce qu'il m'a transmis,

A mes aînés, **EMMANUEL, CYRILLE** professionnel du sport, pour sa présence et à ceux qui les entourent et partagent leur vie.

J'adresse mes remerciements à **Christophe DAUZAC** pour sa disponibilité et son regard sur les individus sans oublier son investissement pour l'école qui m'a permis de consacrer du temps à ma recherche en me secondant ; à **Denis CHATEL** auditeur fidèle et critique toujours disponible, partenaire unique ; à **Christophe GAUBERT** qui a mis à ma disposition, ses compétences, son écoute, ses connaissances immenses sur la kinésithérapie et apporter sans retenue ses précieux conseils.

A **Paul OLRY** qui a partagé les cours du D.E.A. et m'a évité les « naufrages » lors des premiers exposés au cours d'économie du Professeur Bernard GAZIER à Paris I, pour son aide lors de la structuration de mes premiers écrits et m'a donné le désir de persister dans la formation. Initiateur « **d'un référentiel métier** », il a fait adhérer les enseignants de l'école à la didactique professionnelle et à l'intérêt pour la définition du « *champ de compétences* ».

à **Bernard BILLAUD**, Président de l'ADERF¹, Conseiller maître à la Cour des comptes, modèle de probité et de fidélité, homme d'exception, dont la présence et l'engagement sans faille à des moments de grandes difficultés, a permis à Ecole de kinésithérapie, gérée par l'ADERF, de poursuivre sa mission de formation : sa confiance donnée, son amitié puis son affection ont été une source de réconfort et de secours en toutes circonstances.

Enfin (!) à toi **Michel OFFERLE**, professeur de Science politique, membre du *Conseil national de l'Université* qui, il y a près de dix ans à un moment de vie perturbée m'a ouvert la porte de l'Université. Rien non plus te destinait à suivre un professionnel de santé découvrant les maîtres de la sociologie des professions, des groupes professionnels, des groupes d'intérêt, de la sociologie historique. Que cette contribution soit la démonstration de la confiance et de l'amitié née depuis, et des encouragements prodigués qui ont permis à un kinésithérapeute de proposer un éclairage social et historique de sa profession.

¹ Association pour le **D**éveloppement **E**t la recherche en **R**ééducation **F**onctionnelle qui gère l'Ecole de Kinésithérapie de Paris, 107, rue de Reuilly Paris 75012.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1. UNE TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE SINGULIERE	p 8
1.1. Enseignement et formation	p 9
1.2. La transmission	p 11
1.3. Syndicalisme et militantisme	p 12
1.4. Une brève rencontre avec l'histoire	p 16
2. LA NAISSANCE D'UNE RECHERCHE	p 18
<i>une immersion universitaire tardive</i>	
2.1. Métier et profession : la kinésithérapie une para-profession	p 18
2.1.1. Les définitions de la langue	p 19
2.1.2. Quelques points de repères théoriques en sociologie	p 22
2.1.2.1. L'approche fonctionnaliste	p 23
2.1.2.2. L'approche interactionniste symbolique	p 25
2.1.2.3. Limite et évolution des approches théoriques	p 25
2.1.3. Formation et spécialisation du savoir	p 28
2.2. Des intérêts professionnels aux intérêts de connaissance	p 30
<i>le masseur-kinésithérapeute au présent, enjeux et intérêts</i>	
2.2.1. Le paysage professionnel actuel	p 32
2.2.2. Une brève histoire institutionnelle	p 36
2.2.3. Le présent source d'enjeux : une division du travail	p 39
2.2.3.1. Les métiers de la rééducation	p 41
2.2.3.2. Un modèle de formation	p 42
3. LA KINESITHERAPIE	p 46
<i>une socio-histoire d'une spécialisation impossible</i>	
3.1. L'histoire d'une discipline	p 48
<i>La kinésithérapie une matière médicale?</i>	
3.2. Une science sociale improbable	p 51
<i>Une matière médicale disqualifiée</i>	
3.3. L'histoire des mots	p 54
<i>La définition de la langue</i>	
3.3.1. Le massage	p 54
3.3.2. La kinésithérapie : la naissance d'un mot	p 59
3.3.3. La ré-éducation : la naissance d'un concept	p 63
4. OBJET DE LA RECHERCHE	p 67
4.1. Les matériaux utilisés	p 73
4.2. Articulation générale, découpage chronologique	p 76

PREMIERE PARTIE

STRUCTURATION ET ORGANISATION DE LA MEDECINE : LES CONDITIONS D'APPARITION D'UN UNIVERS POTENTIEL DE PRATIQUES THERAPEUTIQUES

INTRODUCTION _____ p 85

CHAPITRE 1 – L'ORGANISATION DE LA MEDECINE A LA FIN DU 19EME SIECLE

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux » formation des aides _____ p 93

1.1. La genèse institutionnelle d'un monopole de 1803 à 1892

- 1.1.1. Vers une profession établie _____ p 96
- 1.1.2. Les conquêtes du corps médical _____ p 97
- 1.1.3. La Loi du 30 novembre 1892 _____ p 99
- 1.1.4. Les interprétations et les failles de la Loi _____ p 102

1.2. Emergence des spécialités médicales et recherche thérapeutique

- 1.2.1. Caractéristiques du champ _____ p 105
- 1.2.2. Enseignement des spécialités et enseignement libre _____ p 109
- 1.2.3. Autonomie ou unicité _____ p 111
- 1.2.4. La thérapeutique, synthèse des trois médecines _____ p 112

1.3. Concurrence des « illégaux » et formation d'aides

- 1.3.1. Une concurrence sur différents fronts _____ p 114
- 1.3.2. La formation d'aides _____ p 119

CHAPITRE 2 – LE RENOUVEAU DE LA THERAPEUTIQUE PHYSIQUE ET MANUELLE

Gymnastique, massage, acteurs et intérêts _____ p 126

2.1. L'hydrothérapie, la climatothérapie, le thermalisme, l'électrothérapie

- 2.1.1. Hydrothérapie, les cures thermales, la climatothérapie _____ p 129
- 2.1.2. Electrothérapie _____ p 131

2.2. La thérapeutique par le mouvement _____ p 136

- 2.2.1. Napoléon Laisné et la gymnastique dans les hôpitaux _____ p 136
- 2.2.2. Une gymnastique polyvalente : la gymnastique suédoise _____ p 145

2.3. La thérapeutique par les manipulations (massage) _____ p 152

- 2.3.1. Le Dr Estradère, promoteur du massage. _____ p 154
- 2.3.2. Massage et massothérapie _____ p 157
 - 2.3.2.1. A l'étranger, un médecin masseur _____ p 162
 - 2.3.2.2. Spécialisation et aides _____ p 163

2.4. Masseuse et masseur _____ p165

- 2.4.1. La femme, auxiliaire naturelle du médecin _____ p 166
- 2.4.2. L'homme, un manœuvre aide masseur _____ p 168
- 2.4.3. Une promotion difficile du massage par le médecin _____ p 170

CONCLUSION _____ p 175

DEUXIEME PARTIE

LA PENETRATION DES PRATIQUES HYGIENIQUES DANS DES SPECIALITES MEDICALES EMERGENTES

INTRODUCTION _____ p 178

CHAPITRE 3 – LA CONSTITUTION DES POLES DES PRATIQUES _____ P 181

Massage, gymnastique, rééducation, thérapeutique

3.1. Un modèle de développement du champ des pratiques _____ p 183

3.2 Topographie sommaire des oppositions : une représentation figurée

3.2.1. Fractures : *massage et mobilisation* _____ p 188

3.2.2. Orthopédie : *éducation, correction et gymnastique* _____ p 189

3.2.3. Maladies du système nerveux : *hypnotisme et magnétisme* _____ p 191

3.2.4. Clinique thérapeutique : *massothérapie, kinésithérapie* _____ p 194

CHAPITRE 4 – CHIRURGIE, FRACTURES ET EMPIRISME _____ p 199

Massage et mobilisation

4.1. Académisme et marginalité, chirurgie et reboutement _____ p 200

4.1.1. La tyrannie des médecins, une vieille histoire... _____ p 200

4.1.2. Le rebouteur, collaborateur du médecin praticien _____ p 202

4.2. Le Dr. Just Lucas-Championnière _____ p 205

4.2.1. Antisepsie et promotion _____ p 207

4.2.2. La défense de la liberté de l'enseignement _____ p 211

4.3. Le massage chirurgical dans les fractures _____ p 215

4.3.1. La légitimité scientifique du massage chirurgical _____ p 217

4.3.2. Du massage précoce à la massothérapie _____ p 219

4.4. Former des aides : médecin ou profane ? _____ p 222

4.5. La promotion du massage en ville _____ p 225

Le Dr Jules-Emile Péan chirurgien et l'exercice médical en ville

CHAPITRE 5 – CHIRURGIE SPECIALISEE, ORTHOPEDIE ET GYMNASTIQUE

De la médecine à la chirurgie, de la gymnastique médicale

commune à la gymnastique orthopédique _____ p 230

INTRODUCTION _____ p 230

5.1. Médecine ou chirurgie ? _____ p 236

Une spécialisation en voie de structuration

5.1.1. L'orthopédie chirurgicale _____ p 237

5.1.2. Le Dr Bouvier, médecin savant ou chirurgien praticien ? _____ p 239

5.2. Le Dr Louis de Saint-Germain : le promoteur de la chirurgie orthopédique

5.2.1. Un chirurgien praticien _____ p 248

5.2.2. Une nouvelle conception de la chirurgie _____ p 251

5.3. Gymnastique, gymnastique orthopédique, re-éducation	p 253
5.3.1. Les hôpitaux d'enfants	p 256
5.3.2. La gymnastique orthopédique	p 257
5.4. Quel acteur pour quelle pratique ?	p 263
5.4.1. De nouveaux acteurs, médecine ou gymnaste ?	p 264
5.4.2. Le gymnaste	p 269

CHAPITRE 6 – MEDECINE SPECIALISEE, DIFFERENCIATION DES PRATIQUES

Hydrothérapie, électrothérapie, hypnotisme et magnétisme, rééducation

ETATS DES LIEUX _____ p 274

6.1. Réussite intellectuelle et renouvellement de la thérapeutique	
<i>Maladies nerveuses et tentatives de spécialisation</i>	p 281
6.1.1. Les méthodes thérapeutiques d'autrefois	p 281
6.1.2. Une nouvelle spécialisation : l'électrothérapie	p 284
6.2. Sur les chemins imprévus de l'inconscient	p 293
6.2.1. Métallothérapie et hypnotisme	p 296
6.2.2. Suggestion et médecine physique	p 299
6.2.3. Des marchés potentiels, conflits et intérêts	p 303
6.3. Le magnétisme	p 310
<i>Médecine profane et division du travail</i>	
6.3.1. Médecine savante et médecine profane	p 312
6.3.2. Médecine populaire et modèle charitable	p 316
6.3.3. Médecine savante et division du travail	p 321
6.3.4. Le magnétisme et la Loi sur l'exercice de la médecine	p 328
6.3.5. Puissance magnétique et monopole médical	p 337
6.4. L'Hypnotisme	p 339
<i>Médecine savante et division du travail du travail</i>	
6.4.1. L'hypnotisme thérapeutique et son organisation	p 343
6.4.2. Le recours à la Loi	p 350
6.5. De la pendaison et à la gymnastique raisonnée	p 360
<i>Soigner, éduquer et rééduquer</i>	
6.5.1. L'orthopédie neurologique	p 360
6.5.2. Une nouvelle méthode médicale; la rééducation	p 363
6.5.3. Les bases de la rééducation : quel malade, pour quel praticien?	368
6.5.4. Un médecin spécialiste et une division du travail	p 370

CHAPITRE 7 – MEDECINE ET CLINIQUE THERAPEUTIQUE

Kinésithérapie, massothérapie, gymnastique médicale et éducation physique

7.1. Le Dr George Dujardin-Beaumetz	p 384
<i>Praticien hospitalier, chercheur, enseignant</i>	
7.2. Gymnastique médicale et éducation physique	p 394
7.2.1. Le Dr Fernand Lagrange (1845-1909)	p 395
7.2.2. Le modèle suédois	p 400
7.2.3. Organisation du travail, de l'aide à la mécano-thérapie	p 405
7.2.4. Les difficultés de pénétration de la gymnastique médicale	p 412
7.3. La massothérapie	p 415
7.3.1. le Dr Georges Berne, un promoteur déterminé	p 416
7.3.2. Les limites du champ	p 418

7.4. La kinésithérapie gynécologique	p 419
7.4.1. Les initiateurs	p 422
7.4.2. Le Dr Stapfer, concepteur de la kinésithérapie gynécologique	p 425
7.4.3. Massage gynécologique et chirurgie	p 431

TROISIEME PARTIE

KINESITHERAPIE ET PHYSIOTHERAPIE DES SPECIALISATIONS IMPOSSIBLES (1900-1914)

INTRODUCTION : thérapies physiques, enjeux et intérêts	p 437
---	--------------

CHAPITRE 8 – LA SOCIETE DE KINESITHERAPIE (S.D. K.) **p 449** *La promotion du massage médical*

8.1. Un groupe d'intérêt thérapeutique	p 450
8.1.1. Un travail politique	p 451
8.1.2. Composition et caractéristiques: le choix des hommes	p 454
8.2. Délimitation, segmentation et légitimation	p 456
8.2.1. Le pôle du massage et de la massothérapie	p 456
8.2.2. Le pôle des gymnastiques	p 461
8.2.3. L'union, la kinésithérapie gynécologique et la rééducation	p 464
8.3. Stratégies et répertoires d'action	p 469

CHAPITRE 9 – LES ECOLES DE MASSAGE **p 473** *Formation et exercice en ville*

9.1. L'école française d'orthopédie et de massage l'EFOM	p 474
9.1.1. Le Docteur Dr Paul Archambaud, médecin entrepreneur	p 476
9.1.2. Une clinique-école d'orthopédie et de massage L'E.F.O.M. 15, rue Méchain	p 482
9.1.3. Organisation et contrôle de l'exercice du massage en ville	p 486
9.1.3.1. La cause des indigents	p 487
9.1.3.2. Enjeux et intérêts	p 488
9.1.3.3. L'opposition de la médecine officielle	p 490
9.1.4. L'E.F.O.M. 21, rue Cujas, une division du travail médical	p 493
9.2. L'école pratique de magnétisme et de massage	p 496
9.2.1. Hector Durville, professeur de magnétisme et entrepreneur	p 496
9.2.1.1. Une école	p 498
9.2.1.2. Une clinique	p 500
9.2.1.3. Une société	p 501
9.2.1. Puissance magnétique et monopole médical	p 504

La pétition des magnétiseurs pour un aménagement de la Loi sur l'exercice médical de 1892

La genèse des conflits	p 510
-------------------------------	--------------

CHAPITRE 10 – LE DEBAT SUR LE MASSAGE DE 1900 A 1906

Pétition et discrédit _____ p 512

Contexte et positionnement _____ p 512

Acteurs et intérêts, les groupes en présence _____ p 515

10.1. La pétition des masseurs magnétiseurs _____ p 519

10.1.1. Les Sociétés de Kinésithérapie et de Médecine pratique _____ p 520

10.1.1.1. *La Société de kinésithérapie* _____ p 521

10.1.1.2. *La Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Paris* p 524

10.1.2. La défense du monopole médical _____ p 529

10.1.2.1. *Recommandations : vers une déontologie* _____ p 529

10.1.2.2. *Une lutte contre les écoles de massage et les diplômes* p 530

10.1.2.3. *Une formation médicale en massage lors des études médicales* p 536

10.2. Une tentative de déstabilisation de l'EFOM _____ p 538

10.2.1. Massage et la rénovation des morts _____ p 538

10.2.2. La réplique du Dr Archambaud : la reconnaissance sociale p 543

10.3. Le congrès sur la répression de l'exercice illégal 1906 _____ p 546

10.3.1. La nécessité de maintenir la kinésithérapie dans le champ médical p 547

10.3.2. Responsabilité médicale dans la formation des illégaux _____ p 549

10.3.3. Le masseur, un manoeuvre dans la prise en charge des indigents p 552

10.3.4. Massage et gymnastique réunis dans une même formation _____ p 554

10.4. L'action des aveugles dans la construction du métier de masseur

10.4.1. Le massage peut-il constituer ce nouveau champ? _____ p 557

10.4.2. une dynamique de légitimation _____ p 560

CHAPITRE 11 - LA MONTEE EN PUISSANCE DE LA PHYSIOTHERAPIE 1905-1910

La constitution d'un groupe spécifique, un travail de légitimation _____ p 569

11.1. La physiothérapie, un « conglomérat » des méthodes thérapeutiques

11.1.1. Le journal de physiothérapie : une tribune des méthodes _____ p 575

11.1.2. Un travail de légitimation, les congrès internationaux 1905-1907 _____ p 578

11.2. L'organisation de la physiothérapie _____ p 584

11.2.1. Les premiers colloques nationaux _____ p 586

11.2.2. L'enseignement théorique de la physiothérapie à la faculté _____ p 590

12.1.1.1. *Des cours théoriques* _____ p 591

12.1.1.2. *Une formation pratique payante* _____ p 596

11.2.3. Le Congrès international de Physiothérapie de Paris _____ p 600

Kinésithérapie ou cinésithérapie : différentiation ou changement de tendance?

CHAPITRE 12 – LA CINESITHERAPIE : LE SECOND SOUFLE D'UNE KINESITERAPIE

DOMINEE ET DECLASSEE _____ p 609

La physiothérapie, un regroupement des méthodes physiques

12.1. La société de kinésithérapie sous tutelle _____ p 612

12.1.1. Stratégie manquée, la disqualification _____ p 614

12.1.1.1. *Les causes externes* _____ p 615

12.1.1.2. *La pénétration de la mécano-thérapie les hôpitaux* _____ p 616

12.1.2. Une tentative d'une doctrine unifiée _____	p 620
12.1.2.1. Les difficultés de diffusion interne et externe _____	p 622
12.1.2.2. Une production limitée _____	p 623
12.1.3. La disparition des promoteurs _____	p 624
Conclusion : une spécialisation impossible _____	p 625

12.2. La reconversion des ressources. _____ p 627

12.2.1. Une nouvelle division, un travail de représentation _____	p 627
12.2.2. La montée en puissance de la radiologie _____	p 631
12.2.2.1. La demande satisfaite : la formation _____	p 631
12.2.2.2. Une pratique sous surveillance _____	p 632
12.2.2.3. L'organisation du monopole _____	p 633
12.2.3. La pénétration de l'éducation physique par la cinésithérapie _____	p 636
12.2.3.1. La pénétration de la Ligue d'Education physique par les physiothérapeutes _____	p 638
12.2.3.2. Un nouvel enjeu, un travail de légitimation _____	p 639
12.2.3.3. L'Education physique sous le contrôle médical des cinésithérapeutes _____	p 642
12.2.3.4. Une formation par le Faculté de médecine _____	p 643

CONCLUSION _____ p 647

*La disparition des empiriques, la formation d'aides, la genèse d'une thérapeutique manuelle
« accessoire », « Métier médical » et profession établie*

BIBLIOGRAPHIE

1 Posture sociologique et règles de la méthode _____	p 660
2 Postures historiques et sociales en Education physique et en médecine _____	P 665
Modernes _____	p 665
Anciennes _____	p 670
3 Postures historiques des pratiques _____	P 671
Massage _____	p 671
Gymnastique (médicale et orthopédique) _____	p 676
Hypnotisme, magnétisme _____	p 680
Kinésithérapie, cinésithérapie _____	p 682
Rééducation _____	p 684
Agents physiques (physiothérapie et électrothérapie) _____	p 685

SOURCES

1 Archives _____	p 688
2 Revues et périodiques _____	p 692
3 Compte rendus des Congrès _____	p 693
4 Tables des affaires traitées par le Conseil de Surveillance 1893-1932 _____	p 694
5 Conseil Supérieur de l'Assistance Publique rapports 1897-1928 _____	p 696
6 Entretiens et Enquêtes _____	p 699

ANNEXES

Tables des illustrations _____	p 703
Tables des tableaux et figures _____	p.705

INTRODUCTION

Ce travail est né de la rencontre entre, d'un côté, une trajectoire de kinésithérapeute et nos intérêts professionnels pour la formation ; de l'autre, une immersion universitaire tardive. Aussi, c'est en évoquant quelques moments particuliers qui permettent de comprendre les raisons de cet investissement et leur orientation, que l'on voudrait exposer le récit de la genèse d'une recherche.

1. Une trajectoire professionnelle singulière

Des **fonctions pédagogiques, soignantes et militantes** exercées simultanément et la lecture d'ouvrages anciens sur les pratiques de massage et de gymnastique médicale, m'ont conduit à appréhender les enjeux de la formation dans les processus de professionnalisation selon lesquels un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions établies, médecine, droit, clergé.

Deux années de formation dispensée au **Cours de Gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle des Enfants malades**¹ ne sont pas sans laisser leur empreinte à tous ceux qui ont suivi l'enseignement dans cette institution. Ecole privée associative, fonctionnant dans un cadre hospitalo-universitaire, bénéficiant des locaux de l'Assistance publique², elle forme des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat et délivre un certificat de fin

¹ Le « *Cours de Massage et de Kinésithérapie institué auprès de la Clinique Chirurgicale Infantile* » a été agréé lors de la réunion du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie le 26 septembre 1946. L'école prendra la dénomination de *Cours de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle des Enfants malades*. Elle est dirigée statutairement par le professeur titulaire de la Chaire de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie, chef de service à l'Assistance Publique. Les directeurs ont été successivement le Professeur Jacques LEVEUF (1885-1948) créateur du cours, Président de la Société française d'orthopédie en 1948, le Professeur Marcel FEVRE (1897-1978) lui succède de 1948 à 1968, président de la Société française d'orthopédie en 1950, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie. En 1955, les recommandations du *Conseil Supérieur de l'Education Nationale* rappellent que les Facultés de médecine ne peuvent officiellement participer à l'enseignement préparant le diplôme de masseur-kinésithérapeute. Les responsables transforment donc le cours en association à but non lucratif en 1955 J.O. du 7 juin. Les buts de l'association sont définis comme suit : *préparer au diplôme d'Etat de kinésithérapeute prévu par la Loi du 30 avril 1946 ; faire effectuer tous les stages utiles pendant plusieurs années supplémentaires, si nécessaire ; créer des filiales tant en France qu'à l'étranger* Le Professeur Denys PELLERIN, sera le dernier Professeur, directeur de l'école 1969 à 1985, membre de l'Académie de médecine et président de l'Académie de chirurgie. C'est à lui que l'on doit le terme de chirurgie pédiatrique.

² En 1955 une convention entre la faculté de médecine et la direction générale de l'Assistance publique finalement non signée, prévoit la formation de 20 kinésithérapeutes pour l'Assistance publique en échange de différentes prestations, essentiellement des locaux.

d'études³ à ses meilleurs élèves. L'enseignement *ex cathedra* essentiellement théorique s'inspire de celui dispensé en faculté de médecine; il est assuré par de nombreux experts rassemblant uniquement des médecins et chirurgiens des hôpitaux, spécialistes de l'appareil locomoteur et de la pathologie de l'enfant⁴. Créée dans le cadre de **la Chaire de clinique chirurgicale et orthopédie de l'hôpital des Enfants malades de la Faculté de Médecine de Paris**⁵, l'école jouit d'une réputation liée à cette implantation dans l'hôpital parisien dont le nom est associé à l'émergence du traitement des maladies de l'enfance⁶.

1.1 - Enseignement et formation

Fortement investi dans des activités physiques et sportives individuelles et collectives, membre de l'équipe d'athlétisme du PUC⁷, nous découvrons la formation, au milieu des années 1965 en tant qu'élève. Principalement centrée sur l'apprentissage de la gymnastique médicale et la rééducation fonctionnelle, elle est limitée dans le domaine du massage. Dès les premiers cours, la qualité et la personnalité de quelques professionnels enseignants⁸ renforcent notre intérêt pour l'enseignement. Dès l'obtention des diplômes, nous participons à la vie de l'école et la direction nous confie un enseignement qui deviendra régulier après 1968. Cette première expérience nous permet, jeune kinésithérapeute, d'être confronté d'emblée aux difficultés de transmission des savoirs. Elle trouve son développement trois ans plus tard avec l'obtention du **certificat national d'aptitude à la fonction de moniteur en masso-kinésithérapie**⁹ après une année de formation dans une Ecole des Cadres de

³ Certificat de fin d'études de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle, délivré aux étudiants reçus au diplôme national et ayant obtenu 14/20 à l'ensemble d'épreuves organisées par le Cours.

⁴ L'enseignement se déroule dans les amphithéâtres de l'hôpital, les démonstrations pratiques ont lieu dans le pavillon BRUN, du nom du chirurgien exerçant aux Enfants malades de 1894 à 1903 qui chargea le Dr WIBOUCHEWITCH-NAGOTTE, 2^{ème} femme interne des hôpitaux, du service de gymnastique orthopédique. La responsable pédagogique porte le nom de monitrice générale, elle est infirmière.

⁵ Créé en 1901 son premier titulaire de 1901 à 1919, est le Professeur **Edouard KIRMISSON**, décret du 28 janvier 1901 fondation de la Ville de Paris.

⁶ Deux chaires de clinique des maladies de l'enfant y sont implantées une de médecine et une de chirurgie.

⁷ Paris Université Club (PUC).

⁸ Il s'agit notamment de Jean-François **DEBORD**, jeune professeur de morphologie à l'Ecole nationale supérieure des Beaux-Arts ; de MM. Robert **ACCARD**, Alain **STROHL**, Guy **DESMONTS** qui ont joué un rôle déterminant dans la formation du métier. Jeune kinésithérapeute, 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.

⁹ Décret N° 67-652 du 27 juillet 1967 *Créant un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur*. Ce certificat est exigible pour assurer l'encadrement des stages, l'enseignement dans les écoles et participer aux jurys d'examens. Il existe pour les Infirmières (iers) depuis 1958 ainsi que pour les sages-femmes qui en bénéficieront en 1970.

*kinésithérapie*¹⁰. Ce nouveau certificat, créé à l'initiative de la profession, s'inspire de celui destiné aux infirmiers (ères)¹¹. Il est l'objet de prises de positions contradictoires entre les professionnels qui, d'un côté sont favorables à l'acquisition d'une expertise professionnelle, de l'autre, ceux qui ne souhaitent pas une hiérarchisation professionnelle mais préfèrent le développement des aspects pédagogiques de la transmission des savoirs centrés sur une analyse des pratiques.

Cette double expérience de la formation initiale et continue comme élève et enseignant, à un moment où des professionnels s'investissent dans la maîtrise de leurs savoirs, nous a offert un terrain d'expérimentation et un espace de réflexion sur la formation. Cette approche de la formation associée à une recherche en anatomie fonctionnelle au Muséum d'Histoire Naturelle¹², est enrichie par les activités de soins que nous avons exercées simultanément : prise en charge de malades en secteur libéral dans un cabinet, participation à *l'Hospitalisation à Domicile de l'Assistance Publique (H.A.D.)*, à temps partiel salarié à l'hôpital dans un service de chirurgie orthopédique dont les « patrons » sont des promoteurs-prescripteurs de la kinésithérapie¹³. L'exercice de la kinésithérapie en ville et à l'hôpital, au quotidien, nous permet de proposer un enseignement théorique et pratique adapté aux véritables situations de travail justifiant que la transmission des savoirs spécialisés ne peut se concevoir sans l'exercice du métier.

Ce va-et-vient entre formation, initiale et continue, et l'exercice du métier, nous fait découvrir la diversité du champ professionnel. Cette situation dévoile l'importance et les enjeux que prend la formation qui

¹⁰ Arrêté 25 juillet. 1967 Relatif aux écoles de cadres de kinésithérapie. La première *Ecole des Cadres de l'Institut National de la Kinésithérapie*. a été créée en 1966 par la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (F.F.M.K.R.). Le directeur est un ancien élève du Cours de gymnastique médicale des Enfants malades. Cette école a formé un grand nombre des premiers enseignants en kinésithérapie notamment à Paris. Deux autres établissements s'ouvriront à Bois-Larris (Croix-rouge) et à Montpellier. L'admission est subordonnée à un exercice professionnel de trois années dont une en milieu hospitalier.

¹¹ Décret du 14 novembre 1958 N° 58-1104 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

¹² Nous avons collaboré, de 1978 à 1984, dans le cadre du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital St. Antoine, au groupe de recherche sur l'implantation de prothèse articulaire (prothèse totale de l'épaule). Equipe de Recherche 246 comprenant les équipes de recherche des institutions suivantes : State University of New York (Pr. STERN), C.N.R.S. Locomotion Animale (Dr. JOUFFROY), Muséum d'Histoire Naturelle (Pr. ANTHONY), Université Paris VI - Hôpital St Antoine (Pr. APOIL).

¹³ Le Professeur Jean GOSSET (1907-1977) fils d'Antonin GOSSET (1872-1944), Professeur de clinique chirurgicale à la Salpêtrière, est comme son père, Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital St Antoine, membre des Académies de médecine et de chirurgie. Jean GOSSET épouse la petite fille du Doyen de la Faculté de médecine de Paris de 1887 à 1901, le Pr BROUARDEL, qui a exercé la fonction de Commissaire du Gouvernement rapporteur de la Loi sur l'exercice médical du 30 novembre 1892. Il a créé deux services de rééducation : à l'hôpital de la Croix rouge à Paris 13^{ème} et à l'hôpital Saint-Antoine. Son successeur, le Professeur André APOIL, dirige le service d'orthopédie depuis 1977. Il a enseigné au Cours de gymnastique médicale des Enfants malades en 1966 et 1967.

apparaît **comme un élément essentiel pour la construction et l'évolution du métier.**

1.2 - La transmission

Les modifications de l'organisation des facultés de médecine, l'évolution des méthodes de traitement des pathologies de l'enfant et de prévention dans le domaine de l'orthopédie, entraînent un désengagement progressif de la Faculté et de l'Assistance Publique. **L'A.D.E.R.F., Association pour le Développement et la Recherche en Rééducation fonctionnelle, se substitue au Cours de gymnastique médicale en 1982**¹⁴. Elle se donne pour but le développement des méthodes de rééducation et propose un champ de recherche dans le cadre du service hospitalier du titulaire de la Chaire¹⁵, directeur de l'école.

Conservant un agencement identique à la précédente structure, l'A.D.E.R.F. dans un contexte de restrictions économiques liées à une forte réduction du flux de formation imposée par le ministère de tutelle¹⁶, ne peut satisfaire aux normes imposées par une nouvelle réglementation relative au fonctionnement des écoles¹⁷, concernant notamment les locaux et les personnels d'encadrement disponibles. Le directeur prend alors la décision de plus recruter d'étudiants donc de cesser la formation de masseurs-kinésithérapeutes. Il nous avait chargé quelques mois auparavant de la direction pédagogique de l'institution, assisté par deux confrères¹⁸.

L'investissement dans l'enseignement du métier auquel nous avons fait adhérer quelques collègues et le désir de conserver un centre de formation, nous conduisent à la poursuite de cette mission de formation¹⁹. De nouveaux statuts et un nouveau Président²⁰ assurent,

¹⁴ 12 mai 1982 date de la déclaration du changement de dénomination.

¹⁵ Le professeur Denys PELLERIN, Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aux Enfants malades, chirurgien pédiatrique, préside l'association et dirige l'école de kinésithérapie. Il a, à plusieurs reprises assuré la fonction de Conseiller des ministres : Michel Poniatowski, Michèle Barzach et Jean-Pierre Soisson. Denys Pellerin a été nommé le 4 novembre 1996 par le Président de la République membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, renouvelé en 2000.

¹⁶ Blocage des prix à la consommation et réduction de près de 50% des admissions en 1^{ère} année.

¹⁷ Arrêté du 20 octobre 1982 relatif à l'agrément des écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

¹⁸ Il s'agit de Jean JUSSEMAND qui assurera la direction technique du centre de rééducation de Menucourt pendant plusieurs années et de Philippe STEVENIN directeur de l'école des cadres de l'Institut national de la kinésithérapie, organisme géré par la Fédération française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs dans lequel nous étions membre du Conseil pédagogique et assurions un enseignement régulier.

¹⁹ L'institution a formé 4.500 professionnels sur les 22.000 en exercice en 1985.

non sans difficultés, la transformation de l'association, en attribuant au directeur les responsabilités pédagogiques et financières. Les liens avec la Faculté et l'Assistance publique sont dissous et l'école est transférée quelques mois plus tard. Un concours particulier de circonstances va permettre après de longues et difficiles négociations, la migration de l'école vers *l'Hôpital International de la Cité Universitaire de Paris*²¹. Cet ensemble hospitalier²² procure une adresse hospitalière et une connotation universitaire qui sont pour nous le garant de la continuité et du renouveau de l'école qui devient résidente de la Cité universitaire de Paris. La direction pédagogique et financière, la mise en œuvre des travaux de réhabilitation et l'organisation du transfert de l'institution « *Enfants malades* », dirigée depuis quarante années par les titulaires de la Chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, sont sources de questionnements et d'hésitation sur l'évolution de la formation et de l'exercice, notamment par l'application du nouveau programme des études dont nous avons été un des initiateurs contrariés par une réforme avortée.

1.3. - Syndicalisme et militantisme

L'émergence d'une réflexion sur la formation, la défense d'un statut des enseignants professionnels, nous amènent dans une suite logique de promotion du métier et de sa formation, à participer à la création d'associations²³ qui cherchent à promouvoir l'importance de la maîtrise des savoirs par les professionnels et à imposer la présence d'enseignants « certifiés » dans les écoles et dans les stages hospitaliers, c'est-à-dire titulaires du certificat de moniteur cadre.

Au début des années 1980, la direction d'un syndicat professionnel²⁴ reconnu comme représentatif, nous ouvre les portes du **Conseil**

²⁰ Il s'agit de Bernard **BILAUD**, Conseiller maître à la Cour des comptes, président depuis 1985. Son engagement à un moment délicat, a permis de mobiliser les énergies, de poursuivre la formation et d'assurer la survie et l'évolution de l'Institution : sans sa présence ce travail n'aurait jamais vu le jour.

²¹ **L'hôpital international de l'Université de Paris** accueille l'école en 1989, après de longues et difficiles négociations avec la Chancellerie de l'Université de Paris. Sa restructuration sous l'impulsion de la Mutualité Fonction Publique contraint l'école à un nouveau déménagement en 1995. L'école est actuellement située rue de Reuilly 75012 Paris.

²² Le service de rééducation de cet hôpital est assuré par ancien enseignant de l'école et administrateur de l'association.

²³ **Association des anciens élèves de l'Ecole des Cadres de kinésithérapie de Paris** (1971), président fondateur, et **Association Nationale des enseignants en kinésithérapie** (U.D.E.K) 1978 secrétaire général fondateur. La présidence est assurée par la directrice de l'Ecole nationale de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle, école pilote et subventionnée par le ministère de la Santé.

²⁴ **Syndicat national des enseignants et cadres en kinésithérapie** (S.N.E.C.K.) 1980 à 1987 secrétaire général puis président.

Supérieur des Professions Paramédicales²⁵. Cet organisme consultatif paritaire émet des avis sur la formation et l'exercice des différentes professions paramédicales chargées « de participer, directement ou indirectement à l'exécution et à l'application des soins »²⁶. De 1982 à 1988, nous avons ainsi pu participer à de nombreux groupes de travail et à l'élaboration de nombreux textes concernant les actes professionnels²⁷, le programme des études²⁸, le certificat de moniteur cadre en masso-kinésithérapie²⁹, les normes d'agrément des écoles de kinésithérapie³⁰ et le mode de fixation des quotas d'admission dans les écoles³¹.

Au cours de cette période nous avons été témoin et avons participé aux conflits concernant la majoration de la durée des études de kinésithérapie. Nous avons été confronté à l'opposition des médecins spécialisés³² en particulier ceux de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle, spécialité reconnue en 1965³³ et celle de

²⁵ Créé en 1973 par Michel PONIATOWSKI, décret n° 73-901, Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, cet organisme fonctionne en commission professionnelle. Il est chargé de donner son avis sur les questions intéressant l'exercice des professions para-médicales réglementées au livre IV du Code de la Santé Publique ainsi que sur les questions de l'enseignement. Ce conseil se substitue au **Conseil Supérieur de la Kinésithérapie** créé par la Loi n° 46-857 du 30 avril 1946. La séance inaugurale a lieu le 7 avril 1975 présidée par Mme Simone VEIL, ministre de la santé. Initialement le Conseil regroupe les professions de soins, de rééducation, les techniciens d'exploration fonctionnelle, les professions à caractère partiellement commercial comme les prothésistes dentaires ou les lunetiers-opticiens.

²⁶ *Emploi, travail et formation dans les professions paramédicales*, Conseil Economique et Social Rapport VATIER du 28 février 1990. Les professions paramédicales sont divisées en quatre catégories : soins, rééducation, appareillage et assistance technique. Ces professions concourent à la réhabilitation et au maintien de la population dans un état de bien-être physique au sein du secteur de la santé. Le Code de la Santé publique utilise le terme d'Auxiliaire de la médecine pour les professions réglementées. En 1979, le Conseil Economique et Social avait déjà été saisi en 1979 sur l'exercice des professions médicales et paramédicales. Rapport MAGNIN 1979.

²⁷ Décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Avec, notamment une définition adaptée du massage et de la gymnastique médicale, monopole de la profession selon la Loi du 30 avril 1946.

²⁸ Arrêté du 30 septembre 1989 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

²⁹ Décret n° 85-949 du 4 septembre 1985, modification du décret du 6 septembre 1976. Certificat de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie. Décret n°67-652 du 25 juillet. 1967 créant un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Seuls les titulaires de ces certificats sont autorisés à enseigner, à encadrer les élèves en stage, et à participer aux différents jurys d'examens.

³⁰ Arrêté du 20 octobre 1982, relatif à l'agrément des écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

³¹ Code la Santé Publique art. 510-9 titre VI.

³² Par lettre en date du 25 novembre 1986 Mme le Docteur BARZACH missionne MM ALBERT et HEULEU pour un « *Rapport général sur la profession de masseur-kinésithérapeute rééducateur* ». Les deux chargés de mission sont à l'initiative de la création d'un centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle de la Chataigneraie dit « de Menucourt », dans la région parisienne dont ils sont respectivement directeur médical et directeur administratif. Après leurs études de kinésithérapie, l'un, le Dr. HEULEU, s'est orienté vers la médecine spécialisée, (ancien chef de clinique, rhumatologie et médecine physique), l'autre, M. ALBERT, s'est orienté vers la gestion des services de santé (DESS sur « *les problématiques du kinésithérapeute* ». Université Paris Dauphine 1984).

³³ L'arrêté du 4 Août 1965 crée un certificat d'études spécial de rééducation et de réadaptation fonctionnelle délivré par les Facultés de Médecine, destiné aux docteurs en médecine français ou étrangers ou au étudiants en médecine ayant accompli la dernière année d'études médicales.

l'Administration de tutelle. Celle-ci s'inquiétait d'une extension de la revendication aux professions de rééducation³⁴, voire aux autres *professions paramédicales*. L'Administration, ayant commencé, après plusieurs années de négociation³⁵, à unifier administrativement les dites professions, ne souhaitait pas rompre la cohésion du groupe paramédical réalisée avec difficulté. De plus, un allongement des études risquait de s'accompagner de revendications financières.

A la fin des années 88, pour mettre fin à six années de controverse, le ministre de la Santé³⁶ a proposé aux écoles qui le désiraient, de confier aux facultés de médecine l'organisation des épreuves de sélection après une année préparatoire universitaire commune avec les étudiants en médecine et en odontologie³⁷. Cette offre supprime pour celle-ci, les épreuves d'admission dont l'organisation venait d'être confiée aux écoles de kinésithérapie³⁸.

Enrichi par ces expériences et désireux de comprendre les raisons du refus d'allongement des études auquel les directeurs d'écoles, médecins spécialistes s'associent, nous adhérons au **Syndicat National des Directeurs d'Ecole de Kinésithérapie**³⁹ afin de poursuivre la promotion de la formation et tenter de convaincre les directeurs de l'intérêt d'un allongement des études. La fonction de secrétaire général permet une nouvelle fois de mesurer la prégnance de l'opposition intéressée d'une majorité des directeurs d'écoles - médecins - qui ralentit le processus d'évolution permettant d'améliorer la formation⁴⁰. Elle nous permet d'assister aux débats sur la sélection d'entrée dans les écoles : quelques responsables⁴¹ s'engagent vers une année universitaire en faculté de médecine et une sélection organisée par celle-ci.

Au final, la participation aux transformations de la formation de 1982 à 1989 au sein des **deux organisations syndicales**, (enseignant et

³⁴ Regroupement proposé par Mme Simone VEIL lors de son discours inaugural d'installation du *Conseil supérieur des professions paramédicales*, dans le but d'assurer une coordination des exercices et des formations initiales d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, d'orthoptiste...

³⁵ Dès 1966, le *Conseil Supérieur de la Kinésithérapie* avait été informé des projets de modifications.

³⁶ Mme la docteure M. BARZACH.

³⁷ Groupe d'étude réuni à la demande de Mme BARZACH, Ministre déléguée, Chargée de la Santé et de la Famille, pour l'étude d'une année préparatoire aux études de kinésithérapie sous la présidence de M. DORION, Inspecteur Général des Affaires Sociales. mission en date 8 mars 1988.

³⁸ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission aux écoles préparant au diplôme d'Etat.

³⁹ Syndicat créé en 1944, à l'initiative des écoles privées de massage de Paris dans le but de défendre les intérêts des directeurs des écoles. Les écoles à Paris sont à majorité à statut commercial.

⁴⁰ normes d'agrément non respectées, contestations de l'établissement des quotas, maintien d'un personnel enseignant non qualifié, opposition à l'allongement des études

⁴¹ L'école de Dijon a été la première à s'engager dans ce processus sous l'impulsion de Jean-Michel LARDRY kinésithérapeute et du Pr DIDIER Doyen de la faculté de médecine de Dijon, et médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

directeur) nous ont fait prendre conscience de la domination du corps médical sur la formation des masseurs kinésithérapeutes.

1.4. - Une brève rencontre avec l'histoire

Notre intérêt pour la formation au métier de kinésithérapeute va être redoublé par une curiosité particulière pour l'histoire des pratiques de massage, de gymnastique médicale et orthopédique, d'hydrothérapie et de rééducation, plus généralement pour les méthodes thérapeutiques par les agents physiques.

Les contraintes matérielles du transfert de l'école des « *Enfants malades* » nous ont amené à découvrir, classer, répertorier de volumineuses archives de *Cours de gymnastique médicale*. L'existence de ce cours semble remonter au XIX^{ème} siècle. Dispersées 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, de courriers internes à la Faculté, des procès verbaux du **Conseil Supérieur de la Kinésithérapie**⁴², accompagnés des listes des participants. Ces comptes rendus exposent notamment les nombreuses tentatives effectuées, 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 cosmétologues, jeunes kinésithérapeutes, médecins spécialisés en médecine de rééducation, médecins représentant la Jeunesse et les Sports, médecins directeurs d'écoles, chirurgiens infantiles, etc..

La découverte de ces documents et notamment de projets de programme d'études sur trois années élaborés en 1949 ne pouvait qu'attiser notre curiosité et nous orienter vers l'étude de la construction historique du métier. Projets de programmes destinés aux candidats aveugles dont les responsables de l'école sont chargés d'établir pour le ministère de tutelle, dévoilant ainsi les liens avec les groupes des masseurs aveugles dont l'école de formation jouxte celle des Enfants malades⁴³. Mais les archives recelaient d'autres « trésors », plus spécifiquement liés aux pratiques thérapeutiques : des revues spécialisées dans le domaine de la kinésithérapie, de la rééducation fonctionnelle et de la médecine physique⁴⁴ (dont la société savante créée en 1965 est présidée par le **Professeur FEVRE**, directeur général de **Cours de gymnastique médicale des Enfants malades**. ; des livres

⁴² Conseil institué par la Loi du 30 avril 1946, il sera transformé en *Conseil Supérieur des Professions Paramédicales* en 1973, loc. cit. p 4.

⁴³ Ecole de *l'Association Valentin Haüy*, 7, rue Duroc 75007 Paris.

⁴⁴ *Cinésiologie, Médecine Education physique et sports, Les cahiers de rééducation et réadaptation, le Journal de kinésithérapie*, créé par le Cours, *la Revue de Kinésithérapie, Revue des kinésithérapeutes, Bulletin de liaison de la Société française universitaire de rééducation physique, Kinésithérapie, Cahiers de kinésithérapie, Annales de kinésithérapie*.

et des manuels anciens, (datant du XIX^{ème} siècle), français et étrangers, portant sur l'orthopédie, le traitement des maladies de l'enfant par le massage, la gymnastique, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, ouvrages ayant appartenu au **Professeur KIRMISSON**, premier titulaire de la Chaire de clinique chirurgicale des maladies de l'enfant.

La composition d'une petite bibliothèque de documents historiques constitue ainsi le point d'ancrage de l'intérêt que nous avons progressivement porté à l'histoire des pratiques, l'étude de la genèse et de la dynamique des groupes professionnels médecins ou auxiliaires médicaux qui s'investissent dans le traitement des maladies par le massage ou la gymnastique. Le souhait de rassembler des ouvrages portant sur le domaine de la kinésithérapie nous a ensuite conduit à compléter ce début de bibliothèque et à acquérir chez les libraires et dans des ventes particulières des livres et documents anciens sur les méthodes de massage et de gymnastique médicale.

Nous avons été conduit à nous intéresser à l'étude de l'emprise historique de la profession de médecin sur celle de kinésithérapeute, profession auxiliaire qui a la particularité de partager une branche de la thérapeutique avec les médecins généralistes et spécialistes et qui partage le statut d'auxiliaire médical.

Il y a-t-il des raisons historiques pour justifier une double tutelle réductrice des médecins sur les kinésithérapeutes en rapport l'une aux professions auxiliaires de la médecine, en particulier celle d'infirmière, et l'autre avec l'exercice médical ?

2. - LA NAISSANCE D'UNE RECHERCHE : *une immersion universitaire tardive*

C'est à partir de ces intérêts professionnels d'acteur engagé dans la formation des kinésithérapeutes que nous avons entrepris un D.E.A.¹ à l'Université Paris I - Sorbonne dont les objectifs se sont trouvés ajustés à nos interrogations. A dominante sociologique et pluridisciplinaire (Science politique), cette immersion universitaire nous a fourni des outils méthodologiques pour répondre dans un premier temps aux questions portant sur le métier et la formation. Ce moment privilégié nous a permis de nous familiariser avec les principales théories sociologiques relatives au développement des groupes professionnels et sur la formation de l'adulte, formation appréhendée comme lieu d'articulation théorique de dimensions sociales, biographiques, professionnelles et culturelles, ainsi qu'avec la sociologie de l'éducation et de la formation dans une perspective socio-historique. Une première recherche sur la construction historique de la formation des kinésithérapeutes et celle de la profession sur les cinquante dernières années², nous a permis de confirmer que le savoir et la formation représentent un enjeu et le résultat de luttes sociales pour faire évoluer le statut professionnel.

2.1 - Métier et profession : la kinésithérapie une para-profession

Les premières lectures des textes de FREIDSON³, DUBAR⁴, JOBERT⁵, MAURICE⁶, CHAPOULIE⁷, puis ceux de LUCAS et DUBAR réunis lors du colloque international intitulé **« Genèse et Dynamique des Groupes professionnels »**⁸ ont pris une part déterminante dans l'éveil de notre

¹ *Politiques sociales et société*, mention : politiques de formation 1993 (M.OFFERLE) Institut des Sciences Sociales du Travail Paris1 Sorbonne.

² *Construction historique de la formation initiale du Masseur kinésithérapeute, Acteurs et Intérêts*, mémoire de D.E.A. 1993 Paris I Sorbonne ISST directeur PR. Michel OFFERLE.

³ FREIDSON E.,(1987) *La profession médicale* Payot.

⁴ DUBAR C., (1992) *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* Armand Colin.

⁵ JOBERT G., (1985) *Processus de professionnalisation et production du savoir* Education permanente, 80, pp 125-185. *L'analyse sociologique des groupes professionnels, Les formateurs d'adultes, L'approche biographique dans les sciences sociales et en formation*. Etudes réalisées par le Ministère du Travail et de l'Emploi, Délégation à la Formation Professionnelle.

⁶ MAURICE M., (1972) *Propos sur la sociologie des professions* in Sociologie du travail, n°2, 1972, pp 213-225.

⁷ CHAPOULIE J.M., (1987) *Les professeurs de l'enseignement secondaire : un métier de classe moyenne* 1987 Edition de la maison des sciences de l'homme et « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels » R. franç. Sociol., XIV, 1973, 86-114.

⁸ LUCAS Y., & DUBAR C., (1994) *Genèse et Dynamique des Groupes professionnels* Presses universitaires de Lille.

intérêt pour la sociologie des professions et des groupes professionnels. Ces lectures permettent d'aborder les professions (et plus particulièrement la profession de masseur kinésithérapeute), comme objet d'étude sociologique et d'analyser le processus de leur constitution.

En sociologie, dès qu'on parle de professions, on rencontre des problèmes de lexique qui ne sont pas sans signification théorique. Bien des éléments font obstacle à une définition simple et précise de la notion de profession : la richesse des travaux sociologiques qui leur sont consacrés, leur origine presque exclusivement anglo-saxonne, l'imprécision de la référence étymologique, la familiarité du mot utilisé dans la vie quotidienne. L'histoire des *Professions* est très étroitement liée à celle de l'Etat moderne. Leur émergence et leur développement sont le produit à la fois de l'évolution de la division du travail et de sa complexification et des relations entre l'Etat et la société. **Métier ou profession**, les travaux sociologiques montrent que ces deux termes ne sont pas synonymes sur le plan étymologique et historique, aussi bien en France que pour les pays anglo-saxons qui font la distinction entre **occupation et profession**, le premier obstacle est d'ordre lexical.

2.1.1. - Les définitions de la langue

Le sens le plus ancien de **profession**⁹, que l'on trouve est celui de déclaration publique de ses convictions ou de sa Foi. « **Profession** » est emprunté au latin **professio, -onis** « *déclaration, déclaration publique, action de se donner comme* », d'où « *état, condition, métier* », dérivé de **professum**, supin de **profiteri** déclarer ouvertement, d'où « *se donner comme* » (fatal, fatum, profès, professeur). Le mot a été introduit avec le sens de déclaration ouverte d'une croyance, d'une opinion, d'un comportement, d'où faire profession de et *profession de foi*, expression employée dans une acception religieuse. Dans l'usage courant, la valeur du mot se restreint à métier ayant un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, ou la position sociale de ceux qui l'exercent, ce qui le distingue de métier. Par métonymie, il recouvre l'ensemble des personnes exerçant la même profession, spécialement considérée en tant que groupe représentant une certaine force sociale. C'est donc une activité dont les savoirs et les croyances ont été professés et non acquis par les voies explicites de l'apprentissage imitatif. Une profession est définie comme « *une occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence... métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, par la position sociale de ceux qui l'exercent* »(DUBAR). L'acception de métier remonte au Moyen-Age, d'abord sous la forme

⁹ Dictionnaire historique de la langue française Robert 1995.

de prophétie, puis **prophecion** ou le **ph** peut manifester l'influence de prophétie et profession.

La profession ne se distingue plus du métier, qu'il définit ainsi : **« tout genre de travail déterminé reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence »** mais c'est aussi un genre *« d'occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société indiquant l'habileté de celui qui exerce un métier »*.

Le mot **métier**¹⁰ à l'époque classique a désigné le service de Dieu. **« Métier »** est le doublet populaire de *ministère* : il est issu du latin **ministerium** « fonction de serviteur, service, fonction ». Spécialement pris au sens de « service divin » à l'époque classique, il a désigné le service de Dieu et le « ministère » de ce service à l'époque chrétienne. Un croisement probable avec le latin **mysterium** (mystère) a dû aboutir à une forme tardive **misterium**, favorisée par la proximité sémantique des deux mots en latin chrétien : **mysterium** signifiait « rite, célébration, saints mystères, messe » et le **ministerium** et le **mysterium** se sont confondus dans la personne du prêtre, serviteur de Dieu qui renouvelle le mystère du Christ. Au cours du XII^{ème} siècle **mestier** s'est appliqué à l'exercice d'une profession, d'un art, parlant d'abord du service des armes, puis aussi d'un service procurant une rémunération. Le métier se charge d'une valeur accessoire de « savoir-faire ». Le mot « art » est à rapprocher de celui de métier. On fait souvent entre ces deux mots, une distinction établissant que les arts sont l'objet d'une activité désintéressée dans laquelle le travail de l'esprit a plus de place que celui des mains, tandis que le métier est souvent envisagé comme **un gagne pain** qui fait plus appel à la dextérité manuelle qu'aux conceptions de l'esprit.

Le clivage entre savoirs intellectuels et savoirs professionnels est très ancien il s'appuie sur la distinction entre les **« arts libéraux »** enseignés dans les universités dignes des hommes libres et les **« arts mécaniques »** à la fois manuels et mercantiles. Ces arts recouvrent une opposition entre activité manuelle et intellectuelle. L'enseignement des sept art libéraux (dialectique, rhétorique grammaire, arithmétique, géométrie, musique et astronomie) était dispensé dans les universités du Moyen-Âge.

L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences des Arts et des métiers de Denis Diderot et d'Alembert¹¹ dont la rédaction a demandé

¹⁰ Dictionnaire historique de la langue française Robert 1995

¹¹ *L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une Société de Gens de lettres* a été éditée entre 1751 et 1772 sous la direction de Diderot. Elle contient 17 volumes de texte et 11 volumes de planches. Parmi les rédacteurs, on trouve les plus éminents philosophes du dix-huitième siècle, tels que Voltaire, Rousseau, d'Alembert, Marmontel, d'Holbach ou Turgot, pour n'en citer que quelques-uns. Ces grands esprits ont collaboré dans le but de réunir et de diffuser en prose claire et accessible les fruits de la connaissance et du savoir accumulés. Contenant 72.000 articles écrits

20 ans à ses auteurs (1751 à 1772), est une réhabilitation des techniques et des métiers. Cette vaste entreprise se veut la description des arts, des sciences et des métiers de son époque. Dans la langue du 18^{ème} siècle, l'art désigne tout ce qui est le résultat de l'action humaine et non d'une production spontanée de la nature. Par conséquent, les arts sont toutes les activités humaines : celles qui font appel au travail manuel ou celui des machines (les arts mécaniques, dont la science mécanique et de tous les métiers) : celles qui privilégient le travail de l'esprit (les arts libéraux, comme l'astronomie, la musique, la logique) ; enfin celles qui privilégient l'imagination (les beaux-arts). Les techniques des arts mécaniques se transmettent dans le secret des ateliers, dans la relation du maître à l'apprenti, les innovations restent confidentielles. **« De là, la distinction des Arts en libéraux et en mécanique et la supériorité que l'on accorde aux premiers sur les seconds (...) L'avantage que les Arts libéraux ont sur les Arts mécaniques, par le travail que les premiers exigent de l'esprit, est suffisamment compensé par l'utilité supérieure que ces derniers nous procurent pour la plupart »** (Discours préliminaire de L'Encyclopédie)¹². La diffusion à grande échelle de l'état des connaissances qui met à contribution les philosophes et les détenteurs d'un savoir technique est révolutionnaire sachant que DIDEROT fait la promotion des techniques au rang de savoir : les techniques ne sont plus seulement des savoir-faire transmissibles seulement par l'apprentissage. L'encyclopédie intègre les « arts mécaniques » dans le cercle des connaissances : la description des arts et des métiers, impulsée par DIDEROT, unit l'inventaire des procédés de fabrication, des inventions techniques à la divulgation des secrets d'ateliers¹³. La Science est née sur l'abandon progressif de l'études des arts libéraux au bénéfice du développement des arts mécaniques¹⁴.

Pour mémoire, pour être acceptée parmi les sciences universitaires, la médecine a dû se séparer (en gardant cependant une fonction d'autorité) de la chirurgie et de la pharmacie reléguées dans les arts mécaniques. Les chirurgiens (plus exactement les barbiers et les chirurgiens) étaient, comme les pharmaciens (plus exactement épiciers et pharmaciens) formés au sein de leurs corporations

par plus de 140 collaborateurs, l'*Encyclopédie* était un travail de référence massif pour les arts et pour les sciences, mais aussi *une machine de guerre* qui a servi à propager les idées des Lumières. Analyse et traitement informatique de la Langue française (ATILF), Université Nancy 2, CNRS ; et le site web de la Bibliothèque nationale <http://gallica.bnf.fr/>

¹² Citation : discours de Jack LANG, ministre de l'Education nationale *L'université et la professionnalisation : vers un mastaire européen* Colloque sur l'université et la professionnalisation du 11 décembre 2001.

¹³ Un rappel : au sens antique, l'art – *la technè* – désigne une activité de production. Art et fabrication se mêlent très étroitement. La technique peut ainsi être définie comme un ensemble de moyens artificiels et de procédés basés sur l'expérience, codifiés et transmissibles, visant à obtenir tel ou tel résultat dans la vie pratique et intellectuelle.

¹⁴ Les Arts mécaniques au Moyen-Age. Cahiers d'Etudes médiévales n°7 Ed. Vrin 1982.

respectives (avec un brevet de maîtrise, comme dans toutes les autres corporations)¹⁵.

Au début du XX^{ème} siècle, **LA PROFESSION** devient de plus en plus synonyme de profession libérale et désigne les trois professions représentée classiquement par le droit, la médecine et le clergé, mais la différenciation avec le métier n'est pas claire, si l'on s'en tient à l'étymologie qui fait de l'artisan, le prestataire d'un service exigeant la possession et la transmission de secrets¹⁶.

Cependant les définitions mettent en évidence l'existence d'une certaine différence entre les deux termes qui ne sont pas vraiment synonymes. D'une part le métier dont la nature de l'activité semble être de type manuel, elle s'acquiert souvent par l'apprentissage qui fait appel à une homogénéité des *savoirs-faire et constitués*, d'autre part la profession qui exprime l'idée de la classe à laquelle on appartient par ses occupations. Si le mot s'applique aussi bien au métier qu'aux autres formes de l'activité, le terme s'est restreint aux occupations dans lesquelles l'esprit et l'intelligence ont la plus grande part et où l'habileté manuelle est peu de choses, d'où l'expression les **« professions libérales »** les occupations intellectuelles ayant été jadis considérées comme plus digne d'un homme libre que les métiers manuels. Pour bien marquer la référence à ce champ, certains auteurs utilisent la locution de **« professions établies »**.

2.1.2. - Quelques points de repères théoriques en sociologie

Pour les sociologues français l'article publié par **J.M.CHAPOULIE** en 1973¹⁷ a pris un caractère fondateur. Son analyse met en évidence un premier clivage qui va opposer d'un côté les professions, les groupes et les corps professionnels aux *« Professions »*, ou *« professions établies »*, que les premières catégories peuvent toutefois inclure. Il rappelle les deux théories de base qui, pour l'une trouve à l'origine son expression dans les travaux de **PARSONS ET MERTON**¹⁸ élaborant une **théorie fonctionnaliste** pour l'autre, un concept construit selon les règles du travail sociologique ou une classe d'objets de la pratique quotidienne. Cette position critique est développée par Everett C. HUGHES¹⁹ qui a fondé un **courant symbolique-interactionniste** se référant à plusieurs types de catégories de la vie quotidienne.

¹⁵ Université Paris X – NANTERRE. Cours d'histoire de l'administration publique, 1er semestre de l'année 2000-2001.

¹⁶ La Société Diderot co-production de l'Université Paris VII Recherche sur Diderot et l'Encyclopédie **MARIE LECA-TSIOMIS** (Texte paru dans *Célébrations nationales 2001, Ministère de la Culture, 2001*).

¹⁷ **CHAPOULIE J.M.**, loc. cit.. 86-114.

¹⁸ **LUCAS Y.**, loc. cit p.15.

¹⁹ *Men and their work* (1958) in **DUBAR C.**, (1992) *La Socialisation : Construction des Identités Sociales et Professionnelles*, Armand Colin, Paris, p.150.

2.1.2.1. - L'approche fonctionnaliste

L'étude sociologique des professions devenue une spécialité anglo-saxonne se trouve particulièrement développée au long de l'ouvrage considéré par une majorité de sociologues comme une référence : *The Professions* de CARR-SAUNDERS²⁰ qui illustre avec les théories de **PARSONS ET MERTON** une théorie **fonctionnaliste des professions**. La description de PARSONS caractérise les professions par leur position «*interstitielle*» dans la structure sociale ; médiations entre besoins individuels et nécessités fonctionnelles, les professions contribuent à la régulation et au contrôle qui permet le fonctionnement de la société. A partir d'une description des groupes constitués en profession (médecine, droit, clergé), on énumère les attributs qui paraissent communs dont la juxtaposition définit un « **type-idéal** » et qui montrent que le statut de *profession* se différencie du métier par la possession d'un certain nombre d'attributs dont le rassemblement tend à donner à une activité, le caractère de profession. Ces attributs confèrent une autonomie à l'activité et au groupe un pouvoir d'autocontrôle reconnu par la société : **« l'enjeu pour les praticiens est de pouvoir procéder eux-mêmes à la définition de leur activité et de s'en remettre à leurs pairs, et à eux seuls, pour apprécier qui est autorisé à accomplir le travail et de quelle façon il doit l'être »**²¹. Il existe un très large accord sur les caractéristiques principales de cet idéal type de profession et sur leur articulation, *le monopole dans l'accomplissement des tâches professionnelles* est ainsi le plus souvent décrit comme reposant sur :

- une compétence techniquement et scientifiquement fondée (formation de longue durée, dans un système de connaissances abstraites),
- l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle

ce qui conduit à retenir les propriétés suivantes comme définissant le type-idéal des professions :

- une formation professionnelle longue, délivrée dans des établissements spécialisés,
- le contrôle des activités professionnelles est effectué par l'ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc à la fois la formation professionnelle, l'entrée dans le métier et l'exercice de celui-ci,
- le contrôle est généralement reconnu légalement et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales (J.M. Chapoulié, *Sur*

²⁰ CARR SAUNDERS A.M., (1933) *The professions*. London, Oxford University Press.

²¹ JOBERT G., loc. cit. p 66 *L'analyse sociologique des groupes professionnels. Les formateurs d'adultes*.

l'analyse sociologique des groupes professionnels, Revue française de Sociologie XIV, 1973, pp. 92-93).

Cet idéal-type constitue la référence par rapport à laquelle les occupations vont être positionnées sur un continuum où les autres professions s'ordonnent selon leur proximité par rapport aux « professions-mères » et à leurs attributs. La distance au modèle qui caractérise certains groupes professionnels a inspiré un certain nombre de dénominations, **sub-professions, professions marginales, quasi-professions, semi-profession**, pour désigner les infirmières et les travailleurs sociaux car « leurs études sont courtes, leur statut est faiblement légitimé, ils disposent d'un corps de connaissances peu spécialisé et d'une plus faible capacité de contrôle social que les professions »²².

CHAPOULIE (1973) rappelle que les semi-professions sont des réalisations imparfaites du type-idéal des professions selon les études fonctionnalistes, dans la mesure où ses professions sont majoritairement féminisées dispensant des services n'ayant pas le caractère « d'urgence dramatique » de ceux des médecins ou des avocats et ne reposant pas sur un savoir codifié et scientifique. Les semi-professions ne sont appréhendées que par l'intermédiaire de caractéristiques typiques des professions établies qu'elles ne possèdent pas. Dès le début du siècle, de nombreux groupes professionnels ont prétendu à un statut analogue à celui des professions établies ainsi infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues...rédigèrent des codes de déontologie et essayèrent d'obtenir une reconnaissance des institutions.

L'ouvrage de **E. FREIDSON** relatif *la Profession Médicale* éclaire la notion de profession et pose les questions fondamentales du fonctionnement social de la médecine. La « profession » représente une autre manière de penser la division du travail et l'organisation de la société : « elle ouvre l'accès à d'autres problèmes, celui du contrôle de l'exercice professionnel par les professionnels eux-mêmes, par l'Etat ou par les usagers »²³. L'ouvrage montre comment une activité s'est différenciée et a pu conquérir le droit exclusif de pratiquer la médecine grâce au soutien de l'Etat qui a rendu illégaux les métiers qui pouvaient la concurrencer (charlatans, irréguliers, guérisseurs), lui accordant le droit de diriger des activités qui se rattachent à la sienne en particulier les métiers qu'elle a créés paramédicaux. Le métier paramédical est plus « une réalité sociologique que technique » (FREIDSON) **car les rapports des paramédicaux à la profession** dominante sont liés au fait, qu'ils sont soumis à la discipline médicale. Les professions médicales mineures se sont vu confier des activités idéologiquement dévalorisées

²² FREIDSON E., loc. Cit. p 88.

²³ HERZLICH Cl., In *La Profession médicale* de E. Freidson 1984 Préface : la médecine comme profession p 8.

et économiquement abandonnées par les médecins : CHAPOULIE et FREIDSON utilise alors le terme de **paraprofession** pour caractériser les professions d'infirmières, d'aides soignantes, de manipulateurs en électroradiologie...

Il est intéressant de noter que souvent les métiers para-professionnels cherchent à se donner un « *statut professionnel au moyen d'institutions identiques à celles correspondant à ce statut : 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* ». (CHAPOULIE).

2.1.2.2. - l'approche interactionniste symbolique

L'approche **« interactionnisme symbolique »**, critique et complémentaire des premières théories de la sociologie des professions, est liée aux travaux qui font appel à l'analyse du travail humain, c'est à dire **la division du travail** point de départ de toute analyse sociologique. Ainsi le professionnel est à la fois celui qui peut déléguer des « *sales boulots* » à des tiers et de ne garder que ce qui est lié à une satisfaction symbolique et à une définition prestigieuse (guérir les malades). Pour saisir le phénomène professionnel HUGHES introduit deux notions essentielles qu'il appelle **« diplôme »** (licence) l'autre **« mandat »** (mandate). La licence est l'autorisation légale d'exercer une certaine activité que d'autres ne peuvent exercer ; le mandat c'est l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique. Il distingue deux attributs essentiels des professionnels pourvus d'un diplôme et d'un mandat.

- **Le premier** est appelé le **savoir coupable** sorte de connaissance inavouable qui caractérise un aspect essentiel de la relation entre le professionnel et son client : il doit avoir l'autorisation d'entendre tout en gardant le silence. Tout ce qui touche à la cohésion communautaire aux rites de passage doit être confié à des professionnels qui garderont le secret sur des significations réelles de leur mission symbolique. La nature même du « savoir » du professionnel est au cœur de la profession « *qui représente une autre manière de penser la division du travail et l'organisation de la société* » (DUBAR).

- **Le deuxième** attribut introduit par HUGHES est l'existence d'institutions destinées à protéger le diplôme et à maintenir le mandat de ses membres. Les organisations professionnelles doivent tenir éloignés les profanes, protéger le secret, veiller à l'apprentissage et à la reproduction du rituel parmi les professionnels. « *Le groupe*

revendique le mandat de sélectionner, former, initier et discipliner ses propres membres et de définir la nature des services qu'il doit ... le mandat pouvant aller jusqu'au monopole. » (DUBAR). Cet auteur a eu le grand mérite de lier le monde du travail aux mécanismes de la socialisation, il considère les professions comme des objets de la pratique quotidienne.

2.1.2.3. - Limite et évolution des approches théoriques

FREIDSON, CHAPOULIE, MAURICE, DUBAR montrent en fait, que les attributs retenus pour définir **l'idéal-type** de la profession s'appuyant, notamment sur le contrôle exercé par elle sur l'activité de ses membres, la polarisation sur le service rendu et sur celui sur la formation, ne peuvent être valides. FREIDSON montrent la faiblesse de contrôle de la profession médicale sur les activités de chaque praticien dans le domaine technique et éthique et conteste la position de **GOODE**. Cet auteur²⁴ propose une étude synthétique de la définition d'une profession fondée sur deux propriétés nucléaires : une **formation spécialisée de longue durée, abstraite** et une **polarisation sur le service rendu**. Les critères relevés par lui en ce qui concerne la question de la formation, recèle au moins trois spécifications qui posent problèmes : « *de longue durée* », « *spécialisée* » et « *abstraites* ». « *Toute formation demande du temps : de combien faut-il l'allonger pour qu'elle qualifie? Toute formation est spécialisée de quelque manière et comment détermine-t-on qu'elle l'est assez pour qualifier ? La propriété d'abstraction est relative : comment détermine-t-on qu'une formation est suffisamment abstraite ou théorique ? Il est difficile, sinon impossible, de répondre à ces questions avec un degré convenable de précision* » (FREIDSON).

La seconde propriété nucléaire chez **GOODE**, **la polarisation sur le service rendu**, renvoie à l'attitude des individus. FREIDSON note qu'il n'existe aucune information digne de foi qui atteste chez le professionnel une polarisation réelle, intense et répandue sur le service, il conteste chez les professionnels la réelle polarisation en s'appuyant sur le fait que le métier d'infirmière à qui on accorde cette polarisation n'est jamais devenu une profession²⁵. « *C'est dans la mesure où la société est convaincue que la polarisation sur la collectivité est une règle de la profession, qu'elle accordera à celle-ci plus d'autonomie et plus d'indépendance par rapport à la surveillance et au contrôle des non-professionnels* ».

Le métier paramédical consiste plus à assister le médecin qu'à le remplacer dans la tâche décisive que représentent le diagnostic et la

²⁴ FREIDSON E., loc.cit., p. 87.

²⁵ FREIDSON E., loc .cit., p. 76.

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. Mais le médecin n'est pas le seul à disposer de personnes qui assistent et aident dans leurs activités des professionnels de la santé ; vétérinaire, dentiste, pharmacien disposent eux aussi, d'aides, **auxiliaire vétérinaire spécialisé, prothésiste dentaire, préparateur en pharmacie**. La présence de paraprofessionnels n'est pas uniquement le privilège des professions médicales ou de santé, d'autres professions (droit, clergé) se rapprochant de l'idéal type des professions, sont assistés par des collaborateurs dont ils coordonnent les activités. Mais on ne dénomme pas de « *parajuridique* » la fonction des huissiers, des notaires, des courtiers en immobilier²⁶, ou de « *paraclerical* » les assistants des membres des clergés au même titre que l'on appelle « *paramédicales* » les tâches des infirmières et des autres auxiliaires. La médecine est la seule des professions avoir imposé « à ce point son ordre aux métiers adjacents » FREIDSON. On constate que le médecin exerce son contrôle sur la pratique soignante dont il s'est acquis l'exclusivité confirmant ainsi l'avis de Dale L. Hiestand²⁷ « **Fait sans équivalent nulle part ailleurs, le médecin exerce son contrôle et son influence sur son domaine et sur tout ce qui peut s'en approcher** ».

La profession médicale dominante organise et contrôle la division du travail, certains métiers relèvent de l'autorité unique de la profession établie, renforcée par la Loi. Les métiers paramédicaux sont alors ceux dont l'administration des soins tombe sous le contrôle de la profession médicale. Pour FREIDSON, leurs caractéristiques se manifestent par le fait que :

- les connaissances techniques acquises par les paramédicaux lors de leur formation l'ont été pour la plupart auprès de médecins qui les ont découvertes ou rendues applicables ou pour le moins approuvées,
- le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche,
- les emplois sont subordonnés au médecin ou s'exercent en général sur l'ordre de celui-ci.

Ce rappel des théories sociologiques relative aux professions, à la genèse et dynamique des groupes professionnels s'attache à montrer que soit la réponse, aucune ne réussira, semble-t-il, à porter sur tous les métiers considérés indiscutablement comme des professions et à éliminer ceux qui ne le sont pas. Pour FREIDSON ce n'est pas le contenu ni la durée de celle-ci qui importe mais le fait que ce soient les médecins qui décident en dernière instance des contenus

²⁶ FREIDSON E., loc. cit., p. 59.

²⁷ FREIDSON E., loc .cit. p.57.

qu'elles acquièrent. Le contenu lui-même et le temps de formation jouent un rôle beaucoup moins décisif que le contrôle que le métier exerce sur la formation. GOODE sur ce problème de contrôle précise que le métier doit contribuer à créer son savoir, qu'il «*doit arbitrer en dernière instance toutes les controverses portant sur la validité ou non d'une connaissance*» et qu'il doit exercer «*largement son contrôle sur l'acquisition des connaissances en contrôlant les admissions aux écoles, les programmes et les examens*».

2.1.3. - Formation et spécialisation du savoir

Il apparaît ainsi que la formation en tant que telle ne permet pas de distinguer clairement métiers et professions mais qu'elle est un élément constant dans la construction du métier. La question d'autonomie et du contrôle exercé par le métier sur la formation, pour autant que l'un et l'autre lui sont reconnus par une élite ou par un public persuadé de son importance, restent un élément décisif. Pour l'obtenir, le métier doit créer et définir son contenu, assurer sa transmission en contrôlant **« l'acquisition des connaissances, les admissions aux écoles, les programmes et les examens »** (GOODE). Si l'acquisition des savoirs abstraits et spécialisés est importante, il faut que ces savoirs soient spécifiques et autonomes, et non une partie résiduelle des savoirs dominants. Les masseurs-kinésithérapeutes ont comme les infirmières un sens de la responsabilité, une durée des études allongée (de 2 à 3 ans en 1969). Il n'en demeure pas moins que l'autonomie de la pratique et du savoir se trouve limitée par la dépendance de la prescription et des savoirs médicaux.

Maîtriser la formation semble un moyen de contrôler l'exercice professionnel, la question de l'autonomie et du contrôle exercé par le métier sur la formation est placée au cœur de la définition des qualifications en général, à plus forte raison des identités professionnelles²⁸. Fondement de la compétence professionnelle, dont elle définit le contenu, la qualité et le niveau, elle peut être aussi source de distinction, face aux autres groupes professionnels et légitimer les privilèges qui lui sont éventuellement attachés, à commencer par l'usage du titre. Elle intervient évidemment, avant toutes choses, dans la définition des spécialisations professionnelles. Ce qui explique la position adoptée par la profession médicale dans le domaine de la formation initiale des auxiliaires médicaux en maintenant un niveau suffisant pour répondre aux soins sans possibilité de concurrencer les savoirs médicaux par un recrutement de niveau

²⁸ DAMIEN R., TRIPIER P.,(1994) Rhétoriques professionnelles in *Genèse et dynamique des groupes professionnelles* Mutations/Sociologie P.U.L.

inférieur, un aspect technique et pratique des formations dont le niveau le plus élevé ne dépasse pas celui de technicien supérieur (2 années après le baccalauréat)²⁹, formation assurée par des écoles ou des instituts extérieurs à l'Université, lieu de légitimation des savoirs.

Une des particularités des professions auxiliaires de la médecine, réside dans le fait que le titulaire d'un diplôme de spécialité, ne peut prétendre à des équivalences dans le cursus médical limitant le temps de la formation pour devenir médecin. Cette spécificité est constante pour les professions de santé mais absente dans un grand nombre de professions comme l'accès aux carrières juridiques, commerciales ou techniques où les titulaires d'un diplôme d'enseignement général ou technique peuvent rejoindre une formation supérieure dans le même domaine d'activité. Cette frontière imperméable n'est pas sans influencer sur les identités professionnelles et le comportement des acteurs en présence. La division du travail met l'auxiliaire et le médecin en position de régler leur comportement respectif selon une relation complexe empreinte à la fois de proximité et de distance, de coopération et de subordination, d'identification mutuelle et de différenciation. Cette relation est différente chez le technicien et l'ingénieur³⁰ où il existe des voies de promotion d'un groupe à l'autre, entretenant l'idée que les différences de statut peuvent avoir quelque chose de transitoire. Pour les auxiliaires des médecins et notamment les masseurs-kinésithérapeutes, cette disposition n'est pas possible. La division des tâches paramédicales constitue un système de strates disposées autour du médecin sans aucune communication entre elles. Certains de ces métiers peuvent s'accomplir indépendamment du contrôle du médecin, mais s'ils en viennent à recouper l'activité du corps médical, ils sont source de conflit.

Se livrant à une comparaison entre les caractéristiques des professions utilisées parmi les auteurs les plus éminents³¹, MAURICE³² (1972) relève que « l'on constate que sur les critères les plus souvent cités l'accord entre eux ne se fait que sur un seul : **la spécialisation du savoir** » qui - la formation intellectuelle et l'idéal de service venant ensuite -, devient un enjeu pour la conquête d'un espace d'autonomie. Les masseurs-kinésithérapeutes partagent de nombreux savoirs médicaux, l'anatomie, la physiologie, l'étude des pathologies dont le traitement qui peuvent bénéficier de la kinésithérapie, domaine conjoint avec les

²⁹ Classification dans l'enseignement technologique ; classification attribuée pour les diplômes qui ne sont pas délivrés par l'Education Nationale.

³⁰ GADEA Ch., BERCOT R., *La formation continue et l'accès au titre d'ingénieur en France* In *Genèse et dynamique des groupes professionnelles* Yvette Lucas et Claude Dubar, Presses universitaires de Lille 1994 pp.83-92.

³¹ Cités par MAURICE : FLEXNER, GREENWOOD, COGAN, SAUNDER, BARBER, DAEDALUS, WILENSKI, MOORE).

³² MAURICE M (1972) *Propos sur la sociologie des professions* in *Sociologie du travail* pp 213-224.

médecins donc dominés, cependant il détient un savoir spécialisé thérapeutique propre : le massage, la gymnastique médicale, la kinésithérapie « *thérapeutique par le mouvement* »

La production de savoir et son contrôle est donc au centre de la professionnalisation du métier. Mais on ne peut détacher la possession d'un savoir spécialisé, de ses conditions sociales effectives de production, de diffusion et d'utilisation, il faut donc étudier les conditions sociales de monopolisation d'un savoir et les conséquences sur le développement de celui-ci et l'apparition d'un corps de spécialiste. (CHAPOULIE 1973).

2.2. - Des intérêts professionnels aux intérêts de connaissance *le masseur-kinésithérapeute au présent, enjeux et intérêts*

Le progrès de la méthode clinique (diagnostic) et des thérapeutiques (notamment chirurgicales) conduit à un découpage du champ médical en de nombreuses spécialités. La division du travail médical a entraîné la création et le développement de nouveaux métiers paramédicaux directement placés sous la responsabilité et l'autorité du médecin spécialiste qui s'organisent autour du pivot central que constitue « *la faculté reconnue au médecin de diagnostiquer, de prescrire, de pratiquer une ablation* »³³. L'apparition des principaux métiers paramédicaux dans le champ médical et leur institutionnalisation est postérieure à la spécialité médicale qui ont favorisé leur organisation et leur mise en place. Ainsi s'explique l'apparition d'une dizaine de nouveaux métiers de l'après guerre jusqu'en 1975. Le médecin spécialiste contrôle ainsi **l'infirmière anesthésiste, psychiatrique ou de bloc opératoire, la puéricultrice, l'orthophoniste, l'orthoptiste, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le technicien de laboratoire, le manipulateur en électro-radiologie, l'audioprothésiste, le lunetier opticien, l'appareilleur,...**

Nous avons vu que 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 paramédicaux³⁴ (*personnes qui se consacrent aux soins sans appartenir au corps médical*³⁵) qui gravitent autour du médecin sont donc nécessairement voués à la

³³ FREIDSON E., loc.cit. p 78.

³⁴ Le code de la Santé Publique annexes IV (ancien Code de la Santé) propose une liste en annexe de 23 métiers : l'aide anesthésiste, l'aide médico-psychologique, aide-soignant, ambulancier, analystes biomédicales, assistantes sociales, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, diététiciens, ergothérapeute, infirmiers, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste et orthoptiste, pédicure-podologue, psychomotricien, puéricultrice, rééducateur dyslexique, secouristes...

³⁵ *Le Grand Robert de la langue française* 2^{ème} édition dirigée par A.REY octobre 2001.

subordination en matière d'autonomie et de responsabilité pour peu que leur travail garde un caractère médical. Les paraprofessions sont majoritaires dans le domaine de la santé, elles comptent en 2002 plus de 800.000 professionnels de santé elles représentent la moitié de l'ensemble des effectifs occupés dans les professions de santé, le corps médical pesant pour 18% et les professions d'administration, de gestion et d'entretien pour 32%. Ces professions concourent sur **« prescription médicale ou de leur propre chef, à la réhabilitation et au maintien de la population dans un état de bien-être physique au sein du secteur de la santé »** (VATIER) ; elles sont exercées en ville ou en établissement, à titre indépendant ou sous un statut de salarié et présente une très forte féminisation.

Professions de santé	1971	2002	↗ %	Densité
Médecins ttes spécial	59.000	196.000	332.20	162
Dentistes	20.571	40.481	196.79	68.48
Sages-femmes	8.794	15.122	171.96	24.94
Infirmiers en totalité	148.601	410.859	276.48	673.31
Kinésithérapeutes	20.400	55.346	271.30	91.46
Orthophonistes	2.010	14.323	712.59	23.57
Orthoptistes	370	2.309	624.05	3.74
Pédicures	5.477	9.470	172.90	?
Population	51.700.913	59.190.625	277.27	

Ce tableau recense les professionnels en exercice qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la DDASS de leur département. Ces répertoires sont gérés par les DDASS, coordonnés au niveau régional par les DRASS, puis centralisés à la DREES, Population française passe de, 51 700 913 à, 59 190 625 soit, une augmentation de 12,65%

Ces différents métiers spécialisés viennent renforcer et compléter les deux souches originelles des professions auxiliaires de la médecine *les infirmières* (brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'Etat français de 1922) profession de soins essentiellement féminine, qui exercent majoritairement leurs activités dans les institutions hospitalières sous un statut de salarié et **le masseur-infirmier** (1924) qui devient **le masseur-kinésithérapeute** en 1946, profession essentiellement masculine exercée principalement en ville, de manière indépendante.

Le présent nous intéresse comme forme d'observation scientifique des processus achevés ; il nous préoccupe car lui seul donne les perspectives d'ensemble dont il est indispensable de partir pour comprendre le passé. Une étape supplémentaire dans la définition de l'objet de recherche a consisté à relever, les grandes étapes de l'institutionnalisation juridique de la profession de masseur-kinésithérapeute. L'incompréhension du présent naissant fatalement

de l'ignorance du passé, mais il est vain de s'épuiser à comprendre le passé si l'on sait rien du présent (M. BLOCH)³⁶.

2.2.1. - Le paysage professionnel actuel

La profession³⁷, consiste à pratiquer **le massage et la gymnastique médicale**³⁸ dont les définitions sont précisées par un décret en Conseil d'Etat après avis de l'Académie de Médecine. **« Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale »**. Le titre et le diplôme sont protégés par le Code de la Santé Publique qui procure au métier son cadre juridique et réglementaire³⁹. La profession est représentée au sein d'une commission professionnelle du **Conseil Supérieur des Professions Paramédicales**.

La profession en France, en 2002, est la deuxième numériquement la plus importante (55.438)⁴⁰ des professions auxiliaires de la médecine après celle des infirmières (397.506 dont 48.504 libérales), 79% (43.236) des professionnels masseurs-kinésithérapeutes exercent en ville dont 65,3% d'hommes, à cet effectif s'ajoutent les 4.695 étudiants (2001)⁴¹ en formation. A titre de comparaison avec d'autres auxiliaires médicaux, les deux dernières professions n'ayant pas d'exercice libéral⁴².

orthophonistes	14.323	95.5% femmes	10.519 libéraux
orthoptistes	2.309	92.8% femmes	1.421 libéraux
psychomotriciens	5.086	94.8% femmes	
ergothérapeutes	4.433	91.2% femmes	

La formation est assurée par 35 écoles agréées (8 à Paris, 23 en Province, 4 écoles pour handicapés visuels) qui préparent au diplôme d'Etat délivré par le Ministère de la Santé (1.504 diplômes en 1999),

³⁶ BLOCH M., (1993) *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien* Armand Colin

³⁷ officiellement reconnue par la Loi du 30 Avril 1946.

³⁸ Article L. 4321-1 à 4321-22 CSP annexe à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000.

³⁹ Le CSP vient de subir un dépoussiérage, la profession de masseur-kinésithérapeute est définie par les articles L. 4321-1 à 4321-22 annexe à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000. Le livre III, règle les conditions d'exercice et l'organisation des professions d'auxiliaires médicaux, le titre II règle celui de masseur kinésithérapeute.

⁴⁰ Programme Eco-Santé du CREDES données C.N.A.M.T.S., I.N.E.D., I.N.S.E.E., I.N.S.E.R.M., M.E.N., S.E.I.T.A.T., S.N.I.P. rapport novembre 2002 « *Mission démographie des professions de santé* » Pr BERLAND.

⁴¹ DRESS Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques *La Formation aux professions de santé en 1999-2000* n°15 Décembre 2000 et Eco-Santé 2001 CREDES.

⁴² A titre indicatif le nombre des médecins est de 194.000 dont 113.914 libéraux et de 44.426 celui des chirurgiens dentistes dont 37.647 libéraux.

homologué au niveau III de l'enseignement technologique⁴³. Le coût de la scolarité est très variable, de la gratuité à des frais qui peuvent atteindre plus de 21.500 euros. Un numerus clausus établi au cours des années 1982, tente en contrôlant le nombre de diplômes délivrés de réguler la démographie de la profession. En 2004 1.520 places seront proposées aux étudiants en France en 2004⁴⁴, l'Ile de France en disposent de 434 pour la rentrée 2003/2004, depuis deux ans, on enregistre une augmentation de l'ordre de 8% du quota d'admis.

La profession depuis les trente dernières années s'accroît de plus 2,8 % en moyenne par an. On comptait 39 M.K. pour 100.000 habitants en 1981 contre 93 en 2002 (de 35 à 1442 pour les extrêmes). Les données fournies par les différentes sources permettent de dégager un certain nombre de caractères : la profession est jeune, l'âge moyen est de 43,3 pour les hommes et de 39,3 pour les femmes avec une forte masculinisation (65,3%) pour l'exercice libéral et à contrario, une forte féminisation dans les emplois salariés (65%). 99% des professionnels sont conventionnés avec les Caisses d'Assurance maladie qui appliquent une Nomenclature générale des actes professionnels inscrite au Code de la Sécurité sociale. Chaque professionnel effectue 4.500 actes en moyenne par an, correspondant à 58.844 euros (385.993 F) d'honoraires. Les honoraires versés en 2001 par les organismes sociaux, ont été de 2,9 milliards € (19,3 milliards de F) représentant 8% du montant des honoraires versés à l'ensemble des professions de santé.

Il faut attendre 1985, pour qu'un décret fondateur modifié en 1996 puis en 2000, définisse les actes professionnels et l'exercice de la profession ; le **massage et la gymnastique médicale** et les méthodes autorisées à pratiquer (seules ou sous surveillance médicale)⁴⁵.

« La **masso-kinésithérapie** consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

On entend par **gymnastique médicale** la réalisation et la surveillance d'actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectuée dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active-aidée ou contre résistance...

⁴³ Homologation des diplômes qui ne sont pas délivrés par l'Education nationale. *Les titres homologués du Ministère de l'emploi et de la solidarité AFPA Afpa service édition 992704.*

⁴⁴ Arrêté J.O n° 91 du 17 avril 2003 page 6831.

⁴⁵ La mise au point de ce décret, ayant nécessité plusieurs années de travail, un nouveau texte dépoussiéré paraît en 1996 suivi d'une modification en 2000.

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 ».

Le texte détaille le champ d'application et les domaines d'intervention du masseur-kinésithérapeute qui participe à des fins de *rééducation* dans de nombreuses spécialités médico-chirurgicales (notamment en pneumologie, en orthopédie et traumatologie, en neurologie, en rhumatologie, en cardiologie, en gynécologie, en dermatologie pour ne citer que les principales). Le praticien⁴⁶ peut réaliser des actes de mobilisation manuelle de toute articulation, la **mécanothérapie**⁴⁷, la confection et l'application de contentions, **l'électro-physiothérapie**⁴⁸, l'application de courants électriques, l'utilisation des ondes mécaniques, **la thermothérapie**⁴⁹ et la **cryothérapie**⁵⁰, la **kinébalnéothérapie**⁵¹ et **l'hydrothérapie** et des actes de **manipulations vertébrales**. Dans le cadre de la prescription médicale, le praticien établit un **diagnostic kinésithérapique** afin de choisir les actes et les techniques les plus appropriés⁵² pour traiter les patients.

Ce décret et les adaptations ultérieures, montre que la kinésithérapie regroupe des pratiques réparties en deux groupes :

- d'un côté, celles qui font appel à des procédés séculaires ancrés dans le monde profane et populaire, **le massage et la gymnastique** ; méthodes à dominante manuelle où le praticien est dans l'action. Elles se transforment en matière médicale lorsqu'elles sont ordonnées par des médecins, utilisées dans de nombreuses spécialités médicales et participent à la *rééducation* des conséquences des maladies notamment celles qui touchent l'appareil locomoteur.

⁴⁶ Nous avons repris les grandes têtes de chapitre des décrets de 1996 et de 2000. Sous certaines réserves, le professionnel est habilité à pratiquer les élongations vertébrales, les gestes de secours, l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives, la réalisation de bilans ergonomiques. L'ergonomie est l'étude scientifique des conditions (psychophysiologiques et socioéconomiques) de travail et des relations entre l'homme et la machine.

⁴⁷ Traitement des maladies par des appareils mécaniques exerçant le corps à certains mouvements

⁴⁸ Thérapeutique qui utilise les agents naturels : air, eau, lumière, électricité, le mouvement

⁴⁹ Thérapeutique qui utilise la chaleur.

⁵⁰ Thérapeutique qui utilise le froid.

⁵¹ Traitement médical par les bains et le mouvement.

⁵² **Décret n° 93-345 du 15 mars 1993**. Cette liberté qui existait de fait sous contrôle médical est dans la mouvance des réformes relatives à l'exercice de la profession d'infirmier (ière), qui dans le cadre de ses activités est amenée à poser eux aussi un « *diagnostic infirmier* ». A la différence que le diagnostic kinésithérapique utilise les mêmes outils que les médecins pour le diagnostic nosologique.

- de l'autre, celles construites sur le modèle savant des termes médicaux qui définissent le traitement où l'élément initial du terme indique la nature de celui ; **la mécano thérapie, l'électro-physio thérapie, la thermo thérapie, la cryo thérapie, la kinébalnéo thérapie et l'hydro thérapie, la pressothérapie...**

Le masseur-kinésithérapeute occupe une place singulière parmi les métiers de rééducation, mais aussi parmi le corps médical. Position prépondérante, certes numériquement⁵³, mais la possession du monopole de l'exercice du **massage et de la gymnastique médicale**⁵⁴, antérieurement aux spécialités médicales, consolide ce particularisme par la production de pratiques manuelles qui lui est propre et constitue un objet essentiel dans la rééducation.

Lorsque le diplôme de masseur kinésithérapeute est institué en 1946, il y a déjà des masseurs et des gymnastes médicaux qui exercent en France comme en Europe et il semble utile de replacer les faits dans des circonstances particulières qui ont amené l'Etat à créer ce diplôme. A la Libération, tous les textes promulgués par le gouvernement de l'Etat français font l'objet d'un préjugé défavorable. L'Assemblée Constituante vote toute une série de textes législatifs et réglementaires dans le domaine de la santé en particulier sur l'exercice et l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage femme⁵⁵, des professions d'assistants et auxiliaires de service social et d'infirmiers et infirmières⁵⁶ et de masseur-kinésithérapeute.

Nous ne livrerons ci-après que quelques éléments de cette histoire, ressource nécessaire à la compréhension des phénomènes contemporains ; non pour analyser la construction de ces formations qui débute dès 1924, au moment de reconnaissance la profession d'infirmière qui tentent de classer administrativement la profession d'infirmière en France, mais à la fois comme témoignage des premières étapes de la recherche (au travers des Journaux officiels, des revues professionnelles, des entretiens...) et pour montrer que le travail de dépouillement parfois très long des archives⁵⁷ fait surgir la

⁵³ Il n'existe pas de statistique à l'époque, mais l'on peut estimer entre 20 et 25.000 les nombres de professionnels. En 2000, 38.402 exercent une activité libérale représentant près de 78% des professionnels. La profession de masseur-kinésithérapeute est numériquement la plus importante (53.997) des professions de rééducation (75%) (code ROME, répertoire des emplois du CEREQ et ONISEP).

⁵⁴ conférer par la Loi du 30 avril 1946 et réglementé par le Code de la Santé Publique titre III article L.487 et suivants.

⁵⁵ Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, J.O. 28 septembre 1945.

⁵⁶ Loi du 8 avril 1946, n° 46-630 J.O. du 9 août 1946.

⁵⁷ Dépouillement des archives au *Centre des Archives Contemporaines* à Avon un journée par semaine pendant 2 années.

question de l'inscription des pratiques (gymnastique et massage) dans le champ médical et celle de la définition des aides.

2.2.2. - Une brève histoire institutionnelle

Une étape supplémentaire dans la définition de l'objet de recherche a consisté à relever, les grandes étapes de l'institutionnalisation juridique de la profession de masseur-kinésithérapeute. Sans tomber dans le travers, dénoncé par Marc BLOCH, de *la recherche des origines*,⁵⁸ du plus proche passé par le plus lointain et de confondre une filiation à une explication, nous en donnons ci-après les principales étapes.

A la Libération la **Loi n° 46-858 du 30 avril 1946** régleme et organise **trois professions**, celles de **masseur, gymnaste médical et de pédicure**. Une nouvelle « profession » naît de l'union de deux d'entre elles, celle de masseur kinésithérapeute qui doit œuvrer à *la reconstruction sanitaire du pays*⁵⁹ « nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance ».

Trois groupes professionnels vont se partager⁶⁰ l'exercice du massage et de la gymnastique médicale : **les masseurs, les gymnastes médicaux et les masseurs aveugles** sous le contrôle de quelques **médecins spécialisés**. Cette double fusion entre groupes professionnels et pratiques, est singulière. Cet agrégat offre aux groupes présents un champ nouveau d'activités ; le masseur peut pratiquer la gymnastique médicale, le gymnaste le massage, agrandissant ainsi le champ d'activité au nouveau possesseur du diplôme. A ces pratiques s'associent l'emploi d'agents physiques, la mobilisation articulaire, la thermo-hydrothérapie, la rééducation fonctionnelle, la rééducation psychomotricité, la gymnastique

⁵⁸ BLOCH M., (1993) *Apologie pour l'Histoire ou Métier d'historien* Armand Collin p 83.

⁵⁹ *Le Masseur-kinésithérapeute* n° 1 30 avril 1946, revue professionnelle.

⁶⁰ Sur la diversité du groupe des masseurs-kinésithérapeutes à l'époque de son institutionnalisation (1946) Cf. le chapitre « un champ de concurrence pour la manipulation des corps. La kinésithérapie en 1950 » Thèse de Christophe GAUBERT, « *Faire sa position et s'y faire* ». Accès à une position dominée du champ médical et appartenance à un corps : structuration du curriculum, sélection des dispositions et investissement des élèves masseurs-kinésithérapeutes dans leur formation ». Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; directeur Gérard MAUGER. Je profite de ce modeste bas de page pour le remercier pour la part importante prise dans l'élaboration de mon travail, les encouragements et les conseils éclairés tant sur le fond que sur la forme.

médicale et orthopédique prévu dans le programme des études⁶¹, fixé par décret.

Ces pratiques appartiennent de droit à ceux qui sont possesseurs du diplôme comme le souligne **le Conseil supérieur de la kinésithérapie**⁶², délivré après deux années d'études préparatoires dans des écoles agréées par le Ministre de la Santé Publique⁶³.

On note ainsi que les pratiques dont disposent le masseur-kinésithérapeute n'ont pas changé en ce qui concerne son monopole de la pratique du massage et de la gymnastique définie comme suit :

« Le **massage** consiste en manœuvre manuelle ou mécanique, mobilisant de façon méthodique les tissus ou les segments pour des fins esthétique, sportif, hygiénique ou thérapeutique, cette dernière sur prescription médicale seulement⁶⁴.

La **gymnastique médicale** consiste en tout traitement par la cinésithérapie [thérapeutique par le mouvement] d'une affection pathologique, si légère soit-elle, soit l'objet d'une prescription médicale. Au terme de la loi du 30 Avril 1946, cette technique exclusivement réservée sous direction médicale aux masseurs kinésithérapeutes, toute intervention étrangère dans le domaine constitue donc un acte d'exercice illégal avec toutes ses conséquences pénales et civiles ».

On constate que la gymnastique ne participe pas à la rééducation et que cette activité, qu'elle soit fonctionnelle ou psychomotrice, est incluse dans le champ d'activité du professionnel. Le nouveau professionnel dispose du monopole du massage et de la gymnastique médicale, mais possède-t-il celui de la rééducation alors que, **le masseur aveugle** qui détient le même diplôme, est dispensé des épreuves de rééducation⁶⁵ ?

⁶¹ Décret n° 46-2862 du 27 Novembre 1946 portant approbation du programme des études préparant au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute - J.O. du 8 Décembre 1946.

⁶² Séance du 18 Février 1948. Un *Conseil Supérieur de la Kinésithérapie* (C.S.K.) prévu la Loi, composé en nombre égal de représentants de l'Administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs-kinésithérapeutes, (la représentation du corps médical est prédominante) a pour mission de donner un avis sur la formation et l'exercice.

⁶³ Le diplôme comprend trois séries d'épreuves théoriques, orales et pratiques dont une épreuve de massage chirurgical, comportant mobilisation, une épreuve de rééducation fonctionnelle et une épreuve de gymnastique médicale.

⁶⁴ **Dr POGGIOLI** Médecin membre du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, représentant de la Direction de l'enseignement Supérieur au ministère de l'Education Nationale. Conseil Supérieur de la Kinésithérapie du 11 Février 1947.

⁶⁵ Les aveugles inquiets par l'ampleur du programme souhaitent conserver à leur communauté une spécificité de la formation en supprimant des épreuves qu'ils ne peuvent dominer et en gardant la possibilité de sélectionner leurs meilleurs candidats pour maintenir la qualité de leur production. Ils considèrent qu'ils peuvent subir les examens et l'enseignement de rééducation fonctionnelle, mais que l'épreuve de gymnastique ne peut leur être imposée, mais souhaitent essentiellement conserver un diplôme unique. Deux tendances se manifestent au sein du Conseil l'une prétendant que les masseurs aveugles ne peuvent exercer la gymnastique médicale et la rééducation fonctionnelle : les partisans de cette thèse proposent de donner aux aveugles un simple diplôme de massage, l'autre affirmant que les aveugles sont capables des mêmes pratiques que les voyants. Une sous-commission composée de masseurs voyants et aveugles est constituée pour étudier ces différents points de vue. Le rapport du Dr. LE COEUR conclut qu'il est nécessaire d'adapter l'enseignement des aveugles. On constate ainsi l'existence de deux diplômes, l'un où

Cette particularité a pour origine une première organisation de l'exercice de la profession de masseur lors de la création **du diplôme d'infirmier masseur, de masseur aveugle en 1924⁶⁶ et 1926⁶⁷** dont l'appellation a été discutée au *Conseil supérieur de l'assistance Publique* et des *diplômes des écoles* privées de massage. L'analyse des programmes des études préparatoires au diplôme de masseur et d'infirmier masseur de 1924 et de 1926⁶⁸, comprend des enseignements théoriques et pratiques **de massage, de mécano-thérapie, de rééducation motrice, d'orthopédie, de kinésithérapie, de gymnastique, d'hydrothérapie et de physiothérapie.**..

En **1943⁶⁹**, une Loi organise la profession de Masseur médical qui confère au titulaire du **brevet professionnel masseur médical** la pratique « ... *sur ordonnance médicale descriptive, qualitative et quantitative, l'exercice de la massothérapie* »⁷⁰. L'Etat agrée des écoles, certaines sont privées en ville, d'autres dépendent des facultés de médecine principalement en province. Un programme des études est défini ainsi que les épreuves du brevet qui comprend de l'anatomie, de la mécanique articulaire, de la physiopathologie, des traitements physiothérapeutiques et kinésithérapeutiques, des épreuves d'hygiène et d'hydrologie, de massage, de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle. La profession de masseur qui s'organise de 1943 à 1946 est rejointe par celle instituée par le diplôme de *moniteur de gymnastique médicale (MGM)*⁷¹ « *en vue de pratiquer la gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique* »⁷², diplôme n'a jamais été attribué.

La fusion des deux métiers, un ancien, le masseur et un plus récent, le gymnaste médical, a abouti à celle de masseur-kinésithérapeute qui

l'épreuve de massage est renforcée pour les aveugles qui souhaitent conserver le monopole de l'exercice du massage, l'autre un diplôme complet de kinésithérapie.

⁶⁶ J.O. du 29 février 1924.

⁶⁷ J.O. du 29 février 1924.

⁶⁸ **MONET J.**, *Esquisse d'une histoire de la formation, les premiers conflits 1943-1949* Ann. Kinésithér., 1996, t. 23, n°4, pp 173-184.

⁶⁹ Loi n° 2 du 15 Janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical J.O du 11 Février 1943.

⁷⁰ Le décret n° 423 du 9 Février 1944 précise relatif à la délivrance du brevet de masseur médical JO du 22 Février 1944.

⁷¹ décret n° 24-83 du 13 août 1942.

⁷² Arrêté du 20 Février 1943 - J.O. du 20 Mars 1943, Organisation de l'enseignement primaire et conditions d'admission dans les écoles secondaires de moniteurs de gymnastique médicale. Le premier conseil de perfectionnement se réunit le 25 février 1944 où siège des dirigeants de la Ligue d'éducation physique et de la Société française de rééducation physique créée en 1936, issue de *la Société française des professeurs spécialistes de culture physique médicale* 1928. Arrêté du 2 Mars 1944 - J.O. du 17 mars 1944, nomination des membres de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles de gymnastique médicale.

recouvre initialement **le massage, la massothérapie, la gymnastique médicale et orthopédique, la rééducation physique et certains actes de physiothérapie.**

(Cf extrait du compte rendu du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique à la fin de l'introduction)

2.2.3. - Le présent source d'enjeux : une division du travail paramédical

La connaissance du présent fournit un « réservoir de problématique, de concepts ou d'enjeux »⁷³ ; elle nous conduit à une interrogation sur l'évolution sociale et scientifique du métier et par conséquent sur son identité. Depuis une dizaine d'années, on assiste à des transformations de la profession de masseur-kinésithérapeute tant sur le plan de formation que sur celui de l'exercice. Ces transformations sont à l'origine de nos réflexions sur notre investissement et nos intérêts professionnels d'acteur engagé devant un renforcement de l'encadrement étatique (parution de nouveaux textes réglementaires) qui va borner le champ de la kinésithérapie dont les frontières sont restées floues et perméables depuis la création du diplôme en 1946.

De 1985 à 1995, les autorités de tutelle d'un côté, imposent un regroupement des différentes professions paramédicales par une organisation et une structuration commune voire identique applicables à tous les métiers paramédicaux dans des structures de soins (qui participent à la légitimation de certaines pratiques spécialisées), de l'autre elles concourent à l'émergence d'une autonomie fonctionnelle du métier dans les activités libérales.

Ce regroupement s'articule autour trois axes :

- une lutte contre l'exercice illégal en segmentant les activités et en définissant les actes professionnels de chaque métier paramédical,
- une domination des auxiliaires par des médecins spécialistes,
- une uniformisation de la formation des métiers existants.

Cette approche assure le renforcement de l'autorité du ministère de tutelle qui ne souhaite exercer son monopole de contrôle des professions paramédicales au profit d'autre ministère notamment en ce qui concerne la formation.

Dans cette logique, on relève deux tendances aux conséquences partiellement contradictoires. D'une part après avoir accepté et favorisé le développement de nouveaux métiers paramédicaux sans tenir compte de leur spécificité et l'importance de leur rôle social, l'Administration et le pouvoir médical souhaitent les regrouper pour les

⁷³ OFFERLE M., (2001) Socio-histoire in *Dictionnaire du Vote* D.Reynié P.Perrineau (ed) Puf.

raisons évoquées ci-dessus. De l'autre, la définition des actes propres à chaque métier tend à renforcer leur monopole sur la base d'une spécialisation étroite. Cet ancrage renforce la séparation institutionnelle des professions existantes et la confrontation avec la profession médicale qui cherche à maintenir et parfois étendre son monopole sur un ensemble d'activités aussi large que possible.

Le **Conseil Supérieur des professions paramédicales**⁷⁴ (1973-1975), organisme consultatif paritaire, qui a pour mission d'émettre des avis sur la formation et l'exercice des différentes professions paramédicales, va jouer pleinement son rôle dix ans après sa création. Son existence marque l'arrêt de la création de nouveaux métiers paramédicaux, mais aussi une volonté de leur accorder les mêmes caractéristiques, d'effacer les différences, de normaliser les formations et les exercices. Il s'agit de limiter leur « *atomisation* » (S. VEIL 1975) en les centrant sur des catégories de fonction et précisant le champ d'exercice de chaque profession paramédicale (liste des actes de chaque profession) et de leur octroyer un statut proche. Compte tenu de leur nombre, depuis quelques années, on les subdivise en quatre catégories de fonctions⁷⁵ : **soins, rééducation, appareillage et assistance technique**.

Le rapport **J. VATIER** (1990) du **Conseil Economique et Social**, faisant suite aux revendications lancées par les personnels infirmiers des établissements de soins au cours des années 1988-1989, confirme la nécessité d'un rassemblement des différents groupes professionnels en fonction des activités ; ces groupes sont disposés comme des outils techniques à la disposition du corps médical pour exercer des activités complémentaires afin d'éviter que ces auxiliaires ne soient en concurrence avec les médecins⁷⁶.

C'est ainsi que la profession de masseur-kinésithérapeute va être rejointe et confondue avec d'autres professions auxiliaires de la médecine sous la dénomination, « **métiers de rééducation** ».

⁷⁴ Allocution prononcée par Mme SIMONE VEIL à la séance inaugurale du Conseil supérieur des professions paramédicales, le 7 avril 1975. Kinésithérapie-actualité n° 126, (259) Juin 1975.

⁷⁵ *Emploi, travail et formation dans les professions paramédicales*, Conseil Economique et Social Rapport, VATIER du 28 février 1990

⁷⁶ Allocution prononcée par Mme Simone Veil loc. cit. Les catégories sont les suivantes : *fonction soin* : infirmiers, auxiliaires de puériculture, aides soignantes, pédicures-podologues ; *rééducation* : masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens ; *médico-technique* : manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie ; *appareillage* : prothésistes dentaires, audioprothésistes, opticiens lunetiers, appareillage des membres. Dans certaines catégorisations, les diététiciens sont classés dans la section des médico-techniques.

2.2.3.1. - Les métiers de la rééducation

La kinésithérapie, l'orthophonie (1964)⁷⁷, **l'orthoptie**⁷⁸ (1964), **l'ergothérapie** (1970)⁷⁹ et la **psychomotricité**⁸⁰ (1974) sont être regroupées sous la dénomination de **métiers de la rééducation**. Si le regroupement de ces métiers dans un cadre administratif⁸¹ peut se concevoir, les nombreuses disparités d'action et de finalité ne facilitent pas l'établissement des liens entre eux ; les pratiques intéressent notamment des champs médicaux disjoints, des populations distinctes, des modes d'exercice différents. Ces disparités sont liées à des motifs d'ordre, économique, politique ou social, à des moments particuliers de l'histoire de la construction du champ médical qui ont concouru à la production de ces auxiliaires. Malgré ces disparités, un *statut dans la Fonction publique*⁸², va fixer ces personnels dans un statut commun. Le regroupement de ces différents métiers ne sont pas sans rapport avec la création en 1965⁸³ d'une nouvelle spécialité médicale reconnue par le certificat **d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle** délivré par la Faculté de Médecine. Ces médecins spécialistes ont pour mission de diriger les services hospitaliers publics ou privés de rééducation ; praticiens hospitaliers certains peuvent concourir pour le titre de professeur des universités ; leur action est principalement vouée à

⁷⁷ Acte de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit. **Loi n°64-699 du 10 juillet 1964 création des certificats d'orthophoniste et d'orthoptiste.**

⁷⁸ Traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents.

⁷⁹ **Décret n° 70-1042 6 nov. 1970 création du diplôme d'ergothérapeute** ; l'ergothérapie ou « *occupational therapy* » dans les pays anglo-saxons, contribue aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle en vue de solliciter en situation d'activité ou de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, de récupérer d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle CSP décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986.

⁸⁰ **Décret n° 74-112 du 15 fév. 1974 création du diplôme de psychomotricien.** Les personnes titulaires du diplôme d'état de psychomotricien sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivant : 1. Bilan psychomoteur. 2. Education précoce et stimulations psychomotrices. 3. Rééducation des troubles de développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivant au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination. La profession de diététicien est parfois recensée dans les métiers de la rééducation.

⁸¹ Depuis quelques années la profession de diététicien est classée dans le groupe des métiers de la rééducation.

⁸² décret n°89-609 du 1^{er} septembre 1989. Le décret du 12 mars 1993 va renforcer l'unité des professions paramédicales au travers de la situation des surveillants de services médicaux qui est similaire pour tous les surveillants paramédicaux. Ainsi chaque groupe tout en conservant sa dénomination d'origine, affiche un plan de carrière très semblable voire identique.

⁸³ **Arrêté du 4 Août 1965 relatif à la création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle** délivré par les Facultés de Médecine et Facultés Mixtes de Médecine et de Pharmacie.

l'organisation des soins dans des structures institutionnelles mais limitée en secteur libéral⁸⁴.

Le travailleur paramédical est donc soumis à une double discipline ; celle du rapport avec la profession dominante, comme tous les auxiliaires (FREIDSON) et celle de la technique imposée par le spécialiste. La présence de la spécialité médicale dans ce domaine de la rééducation comme dans d'autres, permet de borner le champ d'intervention des auxiliaires à des tâches spécialisées mais aussi de limiter la concurrence avec le médecin et de contrôler le champ en s'appropriant le monopole et le marché potentiel⁸⁵. L'aide spécialisée en institution ne peut donc travailler qu'avec un médecin spécialiste et répond à la demande du corps médical, à savoir que **« la spécialisation des auxiliaires médicaux a été une première attaque contre la subordination. Il n'y a pas de problème lorsque l'auxiliaire médical spécialisé est sous les ordres d'un médecin pratiquant la même spécialité »** (Dr DARCY 1963⁸⁶ rapport au Conseil de l'Ordre des médecins).

2.2.3.2. - Un modèle de formation

Le contrôle étatique et médical est renforcé par un modèle de formation proche pour l'ensemble de ces métiers : durée des études fixée à trois années (en 1989) pour tous les métiers de la rééducation et celui d'infirmière : épreuves d'admission sur le programme du baccalauréat⁸⁷, organisation pédagogique sur un mode modulaire, diplômes homologués au niveau III de l'enseignement technologique. La suppression des épreuves écrites nationales de certification pour la formation des masseurs-kinésithérapeutes à laquelle se sont substituées des validations par les écoles⁸⁸ agréées par l'Etat, sont de nature à entraîner des disparités de formation et d'évaluation entre les étudiants et les écoles et à modifier le niveau de qualification. La présence de frais de scolarité, dans la majorité des écoles (18 sur 31)

⁸⁴ 613 médecins spécialistes en médecine de rééducation exercent à titre libéral en 2001 ce chiffre est à comparer aux 42.000 kinésithérapeutes libéraux.

⁸⁵ Il est aussi à comparer avec les 53.171 médecins spécialistes. Les honoraires de médecine de rééducation ont été de 79 millions d'euros en 2001, ils sont à comparer aux 2.435 millions d'euros versés aux masseurs-kinésithérapeutes.

⁸⁶ **Bulletin de l'Ordre n° 2 Juin 1963**.in Annales de Médecine physique, Importance de la formation du personnel de réadaptation tome VIII, 1965, n°3, pp.229-241, Rapport de synthèse sur la législation, l'enseignement, l'organisation, les réalisations, de la Réadaptation dans les pays de la C.E.E..

⁸⁷ De 1985 à 1986 les DRASS avait pour mission d'organiser un concours commun pour l'ensemble des formations paramédicales, l'organisation, le coût et les finalités des exercices ont mis fin à cette tentative de regroupement des professions.

⁸⁸ L'exigence de niveau est hétérogène en fonction de l'école qui en choisissant des modes d'évaluation modifie le produit. La question se pose de savoir quelles sont les types d'épreuves à mettre en place pour garantir un niveau de qualification identique

n'est pas sans influencer implicitement la formation et l'attrance pour cette profession.

A partir d'une expérimentation amorcée en 1988, le directeur de **l'Institut National de la kinésithérapie**⁸⁹ (ancien responsable pédagogique à l'ADERF), développe un projet personnel de formation des cadres en kinésithérapie⁹⁰, associé à la filière professionnalisée de la Croix Rouge et de Science de l'Education sous la tutelle de l'Université Aix-Marseille⁹¹. Cette expérimentation est rejointe et dominée en 1995⁹², par la création d'un **diplôme de cadre de santé** unique pour 14 professions paramédicales⁹³ répondant ainsi à la volonté exprimée par le ministère de tutelle⁹⁴ de regrouper les professions paramédicales et de leur proposer une formation unique de « cadre ». Ce diplôme se substitue au certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie⁹⁵ dont la mission était notamment « **la formation de professionnels capables notamment d'enseigner la kinésithérapie dans les écoles et d'en contrôler l'application en service hospitalier** »⁹⁶. La suppression des écoles des cadres de kinésithérapie interdit le processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité au même titre que l'acquisition des habiletés techniques renforcées par le caractère réservé de cette formation aux salariés (plan de formation⁹⁷). La production de savoir et son contrôle étant au centre de tout processus de professionnalisation⁹⁸ du métier, l'accroissement du savoir et son enseignement par des professionnels sont donc de fait limités.

⁸⁹ Institut où nous avons œuvré pendant près de vingt ans, cet institut est le centre de formation des cadres kinésithérapeutes du principal syndicat des professionnels libéraux la FFMKR.

⁹⁰ Le titre est de moniteur-cadre en kinésithérapie. En 1985, le ministère avait souhaité la suppression de mot moniteur pour conserver le seul mot « cadre », nous nous y étions opposés car nous souhaitions que la fonction enseignement soit préservée.

⁹¹ Les frais de scolarité sont à la charge des élèves. En fait, recrutant essentiellement des salariés, les frais de formation sont pris en charge par les fonds de formation.

⁹² Décret du 18 août n° 95-926 Portant création d'un diplôme de cadre de santé. L'accès est autorisé sous réserve d'un concours qui comprend une épreuve écrite et anonyme qui consiste en un commentaire d'un texte sur un sujet d'ordre sanitaire et social qui a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. L'admission comprend une épreuve orale qui consiste en un exposé au cours duquel le candidat présente son dossier suivi d'un entretien individuel.

⁹³ Il s'agit de la profession d'audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électro-radiologie médicale, le masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunettier, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien ou de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale

⁹⁴ Le programme comprend notamment 6 modules, la fonction encadrement, de formation, l'initiation à la fonction cadre, la Santé publique, l'analyse des pratiques et initiation à la recherche.

⁹⁵ Arrêté du 6 septembre 1976. Il remplace le certificat de masseur-kinésithérapeute décret n° 67-652 du 25 juillet 1967.

⁹⁶ Préambule de l'arrêté de 1976.

⁹⁷ en 1992-1993 les frais de scolarité pour la formation cadre et la licence de science de l'éducation à la Croix rouge est de l'ordre de 38.000F, elle est pour 2002-2003 de l'ordre de 8.380 €.

⁹⁸ **JOBERT G.**, loc. cit. p 56.

Ce type d'organisation permet ainsi à l'autorité de tutelle de contrôler les différents métiers et de limiter toute concurrence et conflit avec le corps médical en réduisant toutes spécificités notamment dans les structures institutionnelles qui privilégient l'équipe pluridisciplinaire au détriment des particularismes professionnels. Le regroupement des différents métiers protège et donne poids au groupe le mieux placé sur le marché institutionnel dont la mission est reconnue indispensable pour le fonctionnement des établissements hospitaliers : *les infirmiers(ères)* ; cette spécificité confère au groupe infirmier, une position dominante.

L'importance du champ d'activité, la liberté d'application du massage et de la gymnastique médicale et de certains agents physiques, la forte implantation en ville, contrastent avec la situation des autres métiers de rééducation, de soins et médico-techniques au champ très spécialisés et encadrés par des médecins spécialistes. Le positionnement de ce professionnel est singulier : d'un côté, il est dominé par les institutions et la profession médicale, de l'autre, il réunit les attributs de la profession établie. On s'accorde pour admettre que plusieurs indices signalent la tentative de constitution d'une profession à la recherche d'autonomie, telle la présence d'un code de déontologie (*création d'un Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en 1995⁹⁹*), *la définition des actes professionnels en 1985*, la création en 1993 d'une *Association pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie*, la reconnaissance de la valeur sociale du service rendu, une codification des savoirs L'acceptation d'un code de déontologie permet d'échapper « *au contrôle de l'Etat ou d'une juridiction non professionnelle est à la fois de régler la concurrence entre les praticiens et le prix de l'autonomie relative accordée à une profession* »¹⁰⁰.

Particulièrement développée en médecine de ville, intervenant dans de nombreuses spécialités médicales et en médecine de rééducation, la kinésithérapie possède une place à part entière comme spécialité médicale ; son antériorité et la maîtrise d'un savoir pratique spécialisé constituent la base d'une **médecine manuelle** et renforcent sa légitimité. Mais l'exercice ce professionnel est proche de celui du médecin, partageant l'intimité et le dialogue singulier avec le patient, la connaissance de savoirs médicaux, complétée par la

⁹⁹ **Loi n° 95-116 du 4 février 1995 et décret 97-44 du 21 janvier 1997** relatif à l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Le Conseil national de l'Ordre demandé et obtenu par les professionnels n'a jamais fonctionné ; il a rencontré notamment l'opposition des salariés, il est à nouveau inscrit à l'ordre du jour en 2003 dans les nouvelles dispositions de la loi portant sur des mesures d'ordre social.

¹⁰⁰ **CHAPOULIE J.M.** (1973) Loc. cit. Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels, *Revue française de Sociologie* XIV pp 97.

pratique d'une thérapeutique manuelle, risque de placer le praticien dans un éventuel champ de concurrence avec le médecin.

Nous avons cherché à observer et à analyser la situation d'aujourd'hui en recourant à un aller et retour dans le passé et une rapide mise en perspective. L'interprétation du processus de la construction du massage, de la gymnastique médicale, de la kinésithérapie, de la rééducation, des pratiques physiothérapeutiques sont solidaires. Nous nous demandons **comment ces techniques et méthodes, ces savoirs et savoir faire, sont devenus « médicaux » et délégués à des auxiliaires des médecins.**

Il nous a semblé intéressant d'approfondir cette démarche et de mettre en évidence les causes plutôt que les origines de l'émergence de ces pratiques manuelles et physiques lorsqu'elles ont été associées à l'univers médical. Se pose alors la question de l'étude historique de cette matière médicale et de ses savoirs associés. Le présent stimule une **histoire régressive** (MARC. BLOCH) pour retrouver les moments nodaux de l'histoire de la kinésithérapie. Elle est étroitement liée à une méthode de recherche que nous souhaitons inscrire dans le cadre d'une analyse socio-historique de l'émergence de cette discipline, de son pronostic et de son échec comme discipline médicale.

3. - LA KINESITHERAPIE : *une socio-histoire d'une spécialisation médicale impossible*

Nous nous plaçons comme un professionnel qui exerce le métier depuis plusieurs dizaines d'années, en contact avec le présent et qui s'interroge sur la genèse de la kinésithérapie et des pratiques qu'elle a générées.

Les professionnels qui ont écrit sur l'histoire de la kinésithérapie sont peu nombreux. A l'exception d'un historique de la législation professionnelle rédigé par E. GISSELBRECHT en 1955¹, les productions consistent essentiellement en la publication de documentation sur les modes d'exercice² et les pratiques. Des représentants syndicaux³ se sont intéressés à l'histoire de la création du statut professionnel et de son organisation sur le plan national et international mais aucun d'entre eux ne s'est investi dans l'étude de la construction historique des pratiques sociales du massage et de la gymnastique médicale. Les moments fondateurs sont systématiquement évoqués dans les revues professionnelles, mais limités à la commémoration de la création du diplôme en 1946, comme si l'exercice du métier avait débuté à date fixe. Dans le domaine de l'histoire des pratiques, les publications sont encore plus rares. L'ouvrage de Jules VERLEYSSEN, masseur syndicaliste belge, retrace une histoire chronologique des méthodes et des pratiques de massage, de gymnastique médicale et de physiothérapie de l'antiquité à l'année 1955⁴ ; elle est reprise par G. EFTHER⁵ dans un petit ouvrage professionnel publié à compte d'auteur. Une seule thèse d'Histoire contemporaine a tenté de retracer la « professionnalisation » des masseurs kinésithérapeutes sur deux siècles⁶ mais à aucun moment la justification de la pénétration des méthodes thérapeutiques physiques dans le champ médical n'a été envisagée, ni n'a été tenté d'établir des faits, de recomposer les intrigues et de rendre compte des interactions qui se sont déroulées.

¹ **GISSELBRECHT E.**, *Législation-déontologie, les Lois médico-sociales et Morale professionnelle pour les masseurs kinésithérapeutes*. 1955 ouvrage publié à compte d'auteur. L'auteur a été le représentant du syndicat des masseurs médicaux français, puis du syndicat des masseurs-kinésithérapeutes au Conseil Supérieur de la Kinésithérapie pendant 21 ans.

² **BLANCHARD M.**, *Documentation sur l'exercice de la Kinésithérapie* éditée par la FFMKR, 1965, 1969.

³ Revue des masseurs kinésithérapeutes avril 1956, 30 années d'action corporative et progrès professionnel et *50 ans de kinésithérapie*, Journées scientifiques et professionnelles 11, 12, 13 octobre 1996.

⁴ **VERLEYSSEN J.**, *Histoire du Massage et de la Gymnastique médicale* Ed Bruxelles, 1956.

⁵ **EFTHER G.**, *Manuel de kinésithérapie de base à l'usage des Masseurs-Kinésithérapeutes* 1974 ouvrage publié à compte d'auteur.

⁶ **REMONDIERE R.**, *Le geste et la plume, histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs kinésithérapeutes dans le France d'hier et d'aujourd'hui*. Thèse Histoire et civilisations EHESS, 1996.

Tous les autres acteurs de santé, sages-femmes, infirmières, pharmaciens, médecins, vétérinaires, dentistes se sont tous attachés à reconstituer leur histoire, l'organisation de leurs disciplines à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes.

Quant aux publications médicales spécialisées, elles se résument à des introductions dans des périodiques, des revues, des recueils ou à des articles qui se limitent à rappeler que l'utilisation du mouvement, de l'hydrothérapie, du thermalisme et du massage est associée aux premières idées médicales dont elle est l'héritière. Les thérapeutiques dites physiques⁷ ont été utilisées par de nombreux groupements humains depuis les époques les plus anciennes, en Chine, en Inde, en Grèce, en Egypte puis à Rome⁸. Le modèle grec est souvent le plus évoqué visant les exercices athlétiques complétés par certains soins corporels dont la sudation et la friction où se mélangent exercices naturels et exercices forcés. L'histoire de ces pratiques éclaire et croise celle de l'éducation physique destinée au corps sain, à la conservation de la santé et à l'hygiène. Au demeurant, les auteurs font toujours appel aux mêmes répertoires historiques comme « *pour mieux faire ressortir l'évidence d'intérêt pour l'enraciner au plus profond d'une histoire qui se perpétue* »⁹. On constate en fait, une répétition des mêmes éléments historiques avec l'idée d'une évolution naturelle et continue dont l'aboutissement devient la profession actuelle comme si pour donner une explication du plus proche, on ait recours au plus lointain. L'idole des origines et l'explication du plus proche par le lointain dominant dans ces approches historiques où le passé est employé pour démontrer le présent comme pour mieux le justifier, confondant filiation avec explication.

Il existe aujourd'hui une « discipline » **la kinésithérapie**, activité humaine qui a sa place dans les structures de distribution de soins publiques et privées et en médecine de ville, ses écoles, ses recueils, ses associations professionnelles, ses colloques ; science sociale spécialisée qui regroupe un ensemble de pratiques médicales : le massage, la gymnastique médicale, la kinésithérapie, la rééducation, activités qu'exercent des professionnels non médecins.

L'histoire de ces savoirs engage à étudier les conditions sociales de production des vérités scientifiques. Se pose alors la question de l'émergence ou non d'une discipline nouvelle. Le passé nous

⁷ **Physique** : qui se rapporte à la nature, au monde concret. La thérapeutique physique comprend la thérapeutique par l'air, l'aérophothérapie, la climatothérapie, la thérapeutique par la chaleur, le froid, la lumière, la thérapeutique par l'eau, la thalassothérapie, l'hydrothérapie, la thérapeutique par le mouvement, la gymnastique, la thérapeutique par les manipulations (le massage) d'après le DR MAC-AULIFFE secrétaire de la société d'histoire de la médecine 1904.

⁸ **MAC-AULIFFE L.**, (1904) *La thérapeutique d'autrefois* Masson.

⁹ **OFFERLE M.**, loc. cit p 40.

intéresse car il tente d'établir des faits, mais aussi comme « *passé du présent* » qui permet de mettre en perspective et d'étudier « *les contradictions et les luttes qui font qu'elles ont une histoire* »¹⁰, éléments constitutifs de notre travail.

3.1. - L'histoire d'une discipline : la kinésithérapie une matière médicale ?

Pour l'historien d'une discipline, le risque est de s'exposer à en faire « **l'histoire récurrente** » (Marc BLOCH 1993) et à chercher dans le passé ce qui ressemble à la science d'aujourd'hui. Il trouverait ainsi la même science qu'aujourd'hui « **mais pré-scientifique incomplète ou prémonitoire** »¹¹. Allant du plus obscur au plus clair, de la kinésithérapie d'autrefois à ce qui ressemble à celle du présent, on risque, de succomber aux dangers de l'anachronisme que dénonce **MARC BLOCH**. S'en tenir là, présente des inconvénients, notamment ceux d'établir des faits qui ressemblent à des antiquités et de transformer le travail en une manœuvre d'érudition. Il faut donc replacer les oeuvres concernées dans le contexte qui leur donne du sens. De plus, comme le souligne **P. FAVRE** l'objet n'est pas immuable et les objets changent par le fait même du cours de l'histoire ; la kinésithérapie lors de sa constitution n'est pas celle que nous connaissons actuellement. Celle d'aujourd'hui n'a pas été seulement produite par la science médicale du passé et la kinésithérapie du passé n'a pas produit seulement la kinésithérapie d'aujourd'hui. Il est donc difficile de reconstituer le rapport initial d'une discipline en cours de constitution et avec un objet que nous connaissons.

L'enquête historique tient à ce que la fabrication d'une discipline nouvelle est le fait d'hommes aux statuts différents et venant de lieux différents dont les itinéraires biographiques et les analyses de certains de leurs travaux contribuent au surgissement de la discipline. La kinésithérapie s'inscrit à un moment capital de la consolidation du champ médical où l'*art de guérir* doit répondre à des besoins sociétaux de soins efficaces, pour justifier l'exclusivité de la distribution des soins (Loi sur l'exercice médical 1892). Les « trois médecines » (**P. PINELL 2001**)¹², hygiénique, expérimentale et anatomo-clinique ont laissé la thérapeutique dans l'ombre, voire l'ont négligée car l'élite médicale paraissait majoritairement réservée sur la place qu'il convient d'accorder aux moyens de guérir

¹⁰ **DEFRANCE J.**, loc. cit. p 7.

¹¹ **FAVRE P.**, (1989) *Naissances de la science politique en France 1870-1914* Fayard Paris.

¹² **PINELL P.**, directeur de recherches à l'INSERM, séminaire doctoral à l'IRESO, « Construction historique du champ médical » années 2001-2002, 2002-2003.

les maladies, notamment par le recours aux médicaments (D. GRMEK 1999) : la plupart des maladies n'ont pas de traitement efficient. L'articulation des trois modèles de médecine, va progressivement favoriser l'émergence d'une *médecine thérapeutique* c'est-à-dire la partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir et à soulager les malades. C'est dans ce contexte que pénètre progressivement dans le champ médical l'application du mouvement à la *Thérapeutique*, massage et gymnastique médicale présentant l'avantage sur les autres agents (chimiques et physiques) de ne rien faire ingérer aux malades. Il met en jeu des processus sociaux complexes et met en scène des pratiques populaires, apparemment séculaires **les manipulations, le reboutement, le magnétisme, le massage, l'orthopédie** assurées en grande partie par des guérisseurs des aides des médecins ou de bonnes volontés, voire des médecins déclassés (LEONARD 1985). L'usage de ces pratiques en médecine posent un dilemme :

- délaissées par le corps médical considérées comme indignes de lui et pour certains médecins faisant *déchoir la médecine*, elles portent « *un parfum de charlatanisme parce que le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides* »¹³. de plus, sous ce vocable, se cache parfois la prostitution.
- prescrites par des praticiens de ville malgré le risque de concurrence et promues par quelques spécialistes novateurs, ces méthodes assurent une médicalisation du public en participant aux soins, à un moment où le Doyen de la Faculté de médecine, le Pr P. BROUARDEL (1887-1901) dénonce la *pléthore médicale*, la paupérisation de la médecine et le développement des spécialités.

Comme les autres sciences sociales, la naissance de la kinésithérapie a lieu au 19^{ème} siècle, plus précisément à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle. La genèse de la kinésithérapie s'étend entre des dates symboliques des leçons du **DR DUJARDIN-BEAUMETZ** sur ***l'Hygiène thérapeutique***¹⁴ à l'Hôpital Cochin en 1887, à la Guerre de 1914-1918 et à ses conséquences qui place l'Etat dans une dynamique de réparation en oeuvrant pour la réadaptation professionnelle des blessés après des soins adaptés à leur réinsertion dans les services de *mécanothérapie* et de *physiothérapie* créés à

¹³ **POIRIER J.P.** (1995) *Jean Antoine Chaptal et la création des écoles de santé*, In *L'Acte de naissance de la médecine moderne* de J. BERNARD et coll. Collection les empêcheurs de penser en rond. pp 88-89

¹⁴ Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au public médical, dans un cycle de conférences hospitalières en 1886 et 1887, *l'Hygiène thérapeutique*, agrégat de méthodes qui comprend notamment la kinésithérapie, la massothérapie, l'hydrothérapie et la climatologie regroupées sous une appellation fédératrice

cet effet. En fait, l'histoire de la kinésithérapie s'étend sur un court espace et pourrait se décrire en deux vagues successives. La première atteint son intensité maximale avec une montée en puissance dans les années 1905 avec le **Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine**, bornée par les années 1888-1905 où la présence de la jeune **Société de Kinésithérapie** (1899) est primordiale lors des débats qu'il a entraînés. Une seconde vague naît ensuite, elle trouve sa force dans les années 1905-1910 où la kinésithérapie est associée avec une autre discipline médicale l'électrothérapie (Société d'électrothérapie 1880) en voie d'émergence pour constituer la *physiothérapie* qui réunit un congrès exceptionnel à Paris en 1910, le **3^{ème} Congrès international de physiothérapie** sous la présidence du Président de la République.

Vaste chantier qui rassemble l'application thérapeutique de tous les agents physiques l'air, l'eau, l'électricité, la lumière et le mouvement. Bornée par les dates de 1885-1914, la kinésithérapie décroît et s'efface de la position institutionnelle médicale pour devenir une activité transférée et réservée à des auxiliaires dont certains sont porteurs d'un handicap physique, les aveugles à la recherche d'un travail. C'est aussi le moment où le corps médical institutionnalise la présence d'aides (les infirmières¹⁵) techniques formés aux méthodes modernes de soins que l'asepsie, l'antisepsie, l'anesthésie et la chirurgie a rendu indispensable. La kinésithérapie retrouve position au sein d'un groupe de professionnels masseurs clairvoyants et aveugles, centré autour d'écoles privées de massage¹⁶ dirigées par des médecins entrepreneurs, qui cherchent à faire attribuer le monopole du massage à leurs élèves, auxiliaires dévoués et reconnaissants, pour une activité symbolique médicalisée. Nous laissons à d'autres l'étude de cette troisième et définitive institutionnalisation et nous nous tiendrons à l'étude de la genèse de la kinésithérapie pour la période de 1880 à 1914 qui met en jeu des processus complexes dont on suivra le mouvement. On peut ainsi s'interroger sur le processus de disqualification dans le monde savant de ces pratiques. Ces pratiques n'ont-elles pas été reconnues jadis comme discipline à l'image des sciences sociales qui « *déplacent au cours de leur histoire la frontière qui sépare le vrai du faux, la science légitime des savoirs suspects, l'innovation du faux-pas* »¹⁷ ?

¹⁵ Dès 1889, le Conseil Supérieur de l'Assistance publique souhaite la création d'un diplôme d'infirmière à l'image de l'Angleterre. Il mobilise le corps médical et fait l'objet de nombreux rapports Il faudra attendre 1922 pour que le *brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'Etat français* soit créé.

¹⁶ Il s'agit du Dr Kopp et de son épouse, masseuse médicale, directeur de l'Ecole française de massage et d'orthopédie EFOM.

¹⁷ **NOIRIEL G.**, *Socio-histoire d'un concept les usages du mot « nationalité » au 19^{ème} siècle* *Genèses* 20, sept. 1995 pp 4-23.

3.2. - Une science sociale improbable

Une matière médicale disqualifiée

L'histoire de ces méthodes engage d'étudier les conditions sociales de production des vérités scientifiques. Une telle analyse suppose que l'on ait un critère de scientificité donnant les moyens de distinguer ce qui est une science de ce qui n'en est pas.

Le critère sur lequel il y a un large accord aujourd'hui sur ce qui est scientifique peut être défini comme **« une proposition construite et exposée de telle manière que toute personne de même compétence puisse à des fins de vérification en réitérer la démonstration et en contrôler les rapports aux grandeurs observables »** (NORIEL 1995). On croit savoir qu'une discipline et les connaissances qui lui sont associés ne peuvent perdurer qu'à certaines conditions : une *légitimité* scientifique qui conditionne sa présence et sa stabilité dans les institutions. A ce critère s'associe celui d'une communauté scientifique, d'institutions de discussion, d'évaluation, de transmission de résultats. V. KARADY¹⁸ recense les diverses stratégies mises en oeuvre pour conférer à une discipline une **légitimité institutionnelle, scientifique et sociale**. Il décrit les conditions de réussite qui favoriseraient cette entreprise. Dans son article sur *« Les stratégies de réussite et modes de faire-valoir de la sociologie chez les durkheimiens »* expose les atouts correspondants à des types de légitimité utilisés, capables d'assurer un statut à une discipline neuve, à une innovation au sein d'une branche d'études. **L'Ecole sociologique**, doit sa réussite à la conjonction d'atouts correspondants à des types de légitimité. La **légitimité institutionnelle**, c'est-à-dire la reconnaissance accordée à une formation à ambition scientifique par les institutions qui se situe au sommet de la hiérarchie socialement organisée, de la consécration, de l'inculcation, de la production, de la reproduction, de la conservation et de la diffusion des connaissances. Cette légitimité regroupe deux formes : celles qui se rattache à l'enseignement officiel (Facultés, grandes écoles..), la **légitimité universitaire** et celle qui relève des instances académiques (Institut, sociétés savantes..), la **légitimité académique**. En dehors de ces deux atouts qui représentent une légitimité *« d'appoint »*, la légitimité scientifique est *« la voie royale »* qui a pour siège l'opinion savante tout entière. L'auteur conclut que l'Université ne peut légiférer dans sa politique de création d'enseignement qu'en recourant à la légitimité scientifique de l'enseignement envisagé. La critère scientifique est donc au cœur de la pénétration d'une discipline à l'Université.

¹⁸ KARADY V., (1979) *Stratégies de réussite et modes de faire-valoir de la sociologie chez les durkheimiens*. R. franç. Sociol. XX, 1979, pp 49-82.

Les stratégies consistent à convaincre le monde universitaire du bien fondé de cette thérapeutique pour qu'elle soit inscrite dans l'enseignement officiel à des fins de légitimation. Si une certaine théorisation de la kinésithérapie est possible¹⁹, savoir pratique et expérimentation clinique ne sont pas suffisants pour pénétrer le monde médical qui rencontre lui-même des difficultés pour se définir comme scientifique.

Une science a donc partie liée avec la manière dont on l'accueille dans l'enseignement (P.FAVRE). **L'écarter de l'Université ou la placer en position subalterne ou à la remorque d'une discipline aux méthodes constituées, est l'exposer au péril de perdre son identité.** Classée initialement dans une matière médicale, la Thérapeutique, discipline peu porteuse à l'époque, - la chaire de thérapeutique est une chaire d'attente -, et partagée avec les cliniques médicale et chirurgicale et certaines spécialités, la kinésithérapie, discipline composite doit convaincre sur plusieurs champs disciplinaires existants ou en voie de création, pour tenter de démontrer sa légitimité et sa spécificité, auprès du monde savant médical. Discipline essentiellement pratique, la kinésithérapie s'appliquant à des champs médicaux spécialisés, ne peut mobiliser qu'un praticien spécialiste aux actions limitées à chaque champ. Cette position a pour conséquence l'impossibilité de trouver un professeur capable de mobiliser un courant de pensée ou de provoquer un prestige suffisant auprès d'un public érudit pour créer l'enseignement en question. Malgré des tentatives permanentes des initiateurs et promoteurs de cette discipline qui multiplient les opportunités pour en démontrer l'utilité, pour tenter de l'introduire dans l'enseignement, elle ne répond pas au critère qu'exige la science c'est-à-dire que **« toute personne de même compétence puisse en réitérer la démonstration »**. La kinésithérapie ne peut être accueillie en tant que science à l'Université et en particulier à la faculté de médecine qui valide les savoirs théoriques et non les savoir-faire appliqués dont l'inspiration empirique et profane ne facilite pas son admission. **Les pratiques d'inspirations populaires peuvent-elles pénétrer en quelques décennies le monde médical et universitaire alors qu'elles ont été délaissées et méprisées pendant des siècles par ceux qui veulent en faire leur nouveau champ d'activité ?**

La **kinésithérapie** ne possédant pas de légitimité scientifique ne peut prétendre à ce type de formation ni bénéficier d'institutions lui permettant de propager et de promouvoir ses applications. Cependant la formation de praticiens à cette discipline reste posée. Faut-il former des **médecins** spécialisés pour la pratique de cette

¹⁹ CARNOT P., (1909) Les bases de la kinésithérapie et les Lois de la mécanomorphose in Physiothérapie, Kinésithérapie, massage, mobilisation, gymnastique pp 5-28 Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot Baillière, Paris.

discipline qui venant en complément à d'autres spécialités et qui demande une participation physique, ou des **aides** disposant du temps, de la disponibilité et une certaine vigueur pour assurer les séances ?

La question d'une spécialité médicale, à part entière, qui n'est pas centrée sur la localisation de la maladie par organe, sur des conditions pratiques de séparation de population ou sur un modèle technique par l'utilisation d'appareils ou sur celui de la sociologie des professions, dans lequel où concurrence professionnelle, marché et clientèle sont confondus, semble écartée. Si la légitimité scientifique a pour siège l'opinion savante tout entière et qui écarte momentanément la kinésithérapie, sa légitimité sociale peut prendre des aspects aussi divers qu'il existe de groupes de pression, d'agences de syndicats ; elle se manifeste par une demande publique de recherche d'érudition. A certains moments, la kinésithérapie se rapproche plus du groupe d'intérêts professionnels chargés de « *produire de la représentation d'intérêts ...tout simplement des prestations matérielles* »²⁰ qui prétendent au monopole des pratiques. La pénétration de ces méthodes dans le monde médical savant est l'objet d'enjeux entre des groupes professionnels qui se constituent, centrés autour des agents ou des techniques et en briguent l'exclusivité à des fins de marché.

L'analyse de l'échec scientifique offre une occasion d'appréhender le passé et d'éviter les récits cumulatifs de l'histoire d'une spécialité. La kinésithérapie, discipline paramédicale pseudo-science, est reconnue disposée de savoirs demi-savants dans son histoire en marge des disciplines médicales spécialisées, dans la mouvance de l'hygiène. Sans décider si ces savoirs sont ou non valides, on s'attache à examiner comment ils se sont trouvés acceptés ou rejetés (TOPALOV 1997) comme science pour éviter le mythe et la hantise des origines dénoncées par M. BLOCH.

La kinésithérapie pratique qui se généralise tente de se faire une place dans le champ médical et la prise en charge des maladies, mais c'est aussi un art et une technique qui doit se mettre en rapport avec la tradition de la pensée médicale de l'époque et avec un usage linguistique celui des mots qui se fabriquent avec la discipline (P. FAVRE)).

²⁰ OFFERLE M., (1994) loc. cit., p 49.

3.3. - L'histoire des mots : la définition de la langue

La question du langage est *chantier prioritaire* pour le socio-historien, aussi l'analyse des mots²¹ permet au chercheur de mieux maîtriser les concepts qu'utilisent les acteurs et d'appréhender les critères proposés pour la définition et la construction d'une spécialité ou d'une discipline²². Nous avons suivi une démarche proche pour aborder notre objet de recherche sur ces méthodes pour apporter notre contribution à l'histoire des pratiques sociales et mettre en relief leur historicité mais aussi analyser les éventuelles variations de significations à travers le temps ; variations qui différencient ce champ de recherche de l'histoire des idées qui ignorent les déterminations pratiques qui pèsent sur la construction des significations (G. NOIRIEL 1995). Il semble donc intéressant de connaître l'émergence de ces termes dans l'histoire **massage, kinésithérapie et rééducation**. De manière empirique nous avons consulté les dictionnaires historiques de la langue française, les dictionnaires analogiques, les dictionnaires spécialisés médicaux, les 6^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} éditions du Dictionnaire de l'Académie Française, Dictionnaire national ou Dictionnaire universel de la langue française.- (Bescherelle, Louis-Nicolas)²³, les comptes rendus du Conseil Supérieur de la kinésithérapie, les ouvrages anciens, pour connaître l'histoire de ces termes et la juxtaposition de ces mots à des moments de l'histoire sociale des sciences médicales, plus particulièrement lorsqu'ils sont associés à l'univers médical.

3.3.1. - Le massage

Le mot « **massage** » semble être un mot ancestral et connu de tous, apparu depuis des millénaires comme l'atteste les écrits des professionnels qui font remonter cette pratique au même titre que la médecine comme la plus antique des sciences²⁴. Mais, si Hippocrate semblait connaître cette pratique que les médecins doivent maîtriser *pour resserrer les articulations trop lâches*, la pénétration du massage dans le champ médical s'effectue par le biais des pratiques hydrothérapeutiques, hygiéniques, du hammam, du thermalisme. Quelques médecins l'expérimentent en ville et à l'hôpital pour le

²¹ BLOCH M., (1993) *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien* Armand Colin.

²² NOIRIEL G., loc. cit pp 4-23

²³ Analyse et traitement informatique de la langue française (ATILF) <http://atilf.inalf.fr/> *Trésor de la langue française. Dictionnaire de la langue du 19^e et du 20^e siècle (1789-1960)*, CNRS, INaLF, sous la dir. de P. IMBS puis de B. QUEMADA, Paris, Gallimard, 1971-1994, 16 vol

²⁴ MAC AULIFFE L loc .cit. p 25.

traitement de certaines maladies en médecine, en chirurgie et en obstétrique. On pense le massage en général en terme d'hygiène, de toilette que l'on applique dans les douches et les stations thermales. Une théorisation et une application rationnelle par des médecins praticiens à la recherche de nouveaux moyens de guérir, tentent d'en faire une méthode thérapeutique scientifique sous réserve qu'elle soit appliquée par le médecin, voire un médecin spécialiste ou indiquée et surveillée par lui. On passe du **massage hygiénique** à la **massothérapie** par le biais de l'agrément du médecin seul capable d'en maîtriser l'action et les indications.

Le mot de « **massage** »²⁵ signifie toucher, froter, pétrir, les téguments avec les mains ou à l'aide d'appareils spéciaux dans une intention thérapeutique ou hygiénique. L'origine du mot massage n'est pas connue avec certitude, on le fait dériver du grec **massein** (presser dans les mains) ou bien de l'arabe « **matz** » (froter doucement) ou « **masah** » ou « **mass'h** » racine sanscrite « **makch** » (1779) ou bien encore de l'hébreu « **massesh** » (palper). Les Grecs employaient le mot *anatrpsis* (friction faite avec force) pour désigner les manipulations du massage et les Latins le mot **frictio** (action de froter). La friction (1372) est une manœuvre consistant à froter vigoureusement une partie du corps pour provoquer une révulsion ou faire absorber un produit par la peau. Masser consiste à « *pétrir les chairs, presser avec la main les parties du corps les articulations* » (Bescherelle, Louis Nicolas), « *Pétrir avec les mains les différentes parties du corps d'une personne qui sort du bains, de manière à rendre les articulations plus souples et la circulation des humeurs plus facile. L'usage des se faire masser est très commun en Orient. Les femmes de nos contrées, transportées sous le ciel fortuné des Indes, ne passent pas un seul jours sans se faire masser par leurs esclaves et sacrifient des heures entières à cette occupation.* » (Dictionnaire de l'Académie française 1835).

En fait, le mot est officiellement admis au début du 19^{ème} siècle, il est appelé aussi **massement**²⁶. Le Dr FORESTIER²⁷, médecin thermaliste de l'hôpital et de l'hospice évangélique à Aix-les Bains, assure que c'est après l'expédition en l'Egypte que le massage paraît avoir été rapporté à Aix en Savoie à l'époque de l'expédition de Bonaparte en 1799 ; le Dr J. DAQUIN²⁸ rapporte l'emprunt de la méthode aux égyptiens qui à la sortie du bain frottaient tout le corps, l'expression « matz » exprime l'action de masser. L'association de la douche et du massage fut introduite à Aix, elle représente un élément

²⁵ LE ROBERT *Dictionnaire historique de la langue française* (1995)

²⁶ *Dictionnaire des sciences médicales par une société des médecins et chirurgiens* (1818) Panckoucke.

²⁷ FORESTIER M , (1895) Un point d'histoire du massage en Europe, *Le progrès médical*, 3, p 238.

²⁸ DAQUIN J., (1808) *Les eaux thermales d'Aix Chambéry Cleaz.*

important de la cure, dénommé douche-massage que d'autres stations copieront. Dans le mémento de médecine thermale, sur 34 stations thermales importantes, 14 reconnaissent officiellement le massage.

En 1863, le **Dr J. ESTRADERE**, rédige sa thèse de médecine sur le massage²⁹ qui constitue une confirmation de l'ancrage du procédé et une tentative de systématisation de la pratique. Il divise, le procédé en deux activités distinctes, le **massage hygiénique** s'adressant au corps sain pour améliorer ou conserver la santé destiné à des masseurs professionnels et le massage thérapeutique réservé au corps malade qui nécessite le concours et la présence du médecin.

Pour le **Dr Eugène DALLY**³⁰ (1871), le **terme de manipulations** thérapeutiques est préférable à celui de massage qui est *grossier*, il propose le terme de **pselaphie**³¹ (1871) pour ne pas le confondre avec les pratiques des profanes. Les manipulations font partie de la chirurgie et sont définies comme « *ouvrage de la main appliquée à la guérison des maladies* », acte thérapeutique de la main désarmée en opposition à celle du chirurgien. Le massage présente des manœuvres associées, les mouvements communiqués aux articulations. Les chirurgiens dans leur ensemble préfèrent conserver le terme de massage³², tant par son étymologie que par la façon dont la catégorie de médecins le comprend ; il a une signification très nettement déterminée. Le **Dr DUJARDIN-BEAUMETZ**³³, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, préfère celui de **massothérapie** (1886) pour désigner l'application du massage aux maladies.

L'intérêt de quelques médecins est d'obtenir une exclusivité des pratiques de massage. Mais à la différence de la gymnastique où le médecin se prononçant en faveur de ce moyen ne s'engage pas dans une spécialisation ni ne base une carrière sur ce marché, quelques médecins revendiquent l'exercice du massage et deviennent **médecins masseurs** essentiellement en ville et fondent leur activité sur ce marché Kinésithérapie

²⁹ *Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques* Adrien Delahayes, Paris

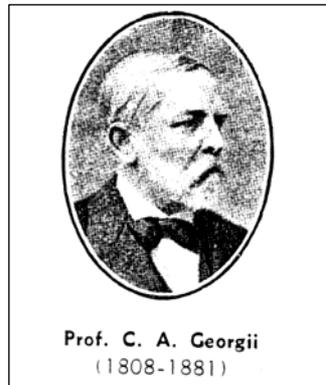
³⁰ *Dictionnaire encyclopédique des science médicales de Dechambre 1871* p 565. Le Dr Eugène Dally fils d'un gymnaste, auteur d'ouvrages sur la gymnastique, dirige un établissement hydrothérapeutique et orthopédique de Neuilly.

³¹ Mot tiré du grec qui signifie : tâter dans l'obscurité, tâtonner, caresser, toucher. Dictionnaire grec (1950) **BAILLY A.**, 16^{ème} éd. Hachette, Paris.

³² *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1875) Baillièrè.

³³ **DUJARDIN-BEAUMETZ G.**, (1888), *Formulaire de thérapeutique* Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin, Gymnastique, massage, hydrothérapie, climatothérapie Octave Doin Paris.

C.A. GEORGII
créateur du terme de Kinésithérapie 1882
Revue d'éducation physique 1930



Dr ZANDER vers 1850 in BUSCHF.

Créateur de la mécano-thérapie p. 56



Dr H. Stapfer
créateur de la Kinésithérapie
gynécologique 1891



Le Dr Dujardin-Beaumetz p 52



Le fait que le médecin veuille exercer le massage confère à cette discipline un caractère médical et thérapeutique. La médicalisation du massage par des médecins promoteurs de cette pratique, renforce l'émergence de masseurs professionnels et la présence de nombreux guérisseurs, rebouteurs, magnétiseurs qui ont recours à des formes de massage.

Médecine savante et médecine populaire ne se complètent plus, elles s'opposent au travers de ce nouveau marché alors que ni le médecin ni le masseur ne bénéficient d'une formation officiellement reconnue.

La présence de *médecins masseurs* place le corps médical dans une problématique ambiguë il faut d'un côté,

- *favoriser* de nouvelles pratiques et convaincre le corps médical du bien fondé de leur application dans la cure des maladies et démontrer qu'il est devenu une activité thérapeutique dangereuse lorsqu'elle est placée entre les mains des empiriques,
- *demander* au médecin d'effectuer lui-même du massage et de mettre en œuvre une pratique qu'il ne connaît pas, pour limiter l'exercice illégal de la médecine par des profanes qui disposent d'une légitimité sociale et auxquels certains membres du corps médical ont recours dans certaines situations, de l'autre,
- *confier*, si besoin s'en fait sentir, la clientèle à des médecins spécialisés sous prétexte de ne pas favoriser la promotion des empiriques à un moment où le corps médical est en « crise » (pléthore médicale, obligation de solidarité, baisse des revenus...).

Cette position pose la question de savoir si le médecin peut devenir spécialiste dans une activité manuelle et partagée avec des profanes.

Les définitions du massage sont nombreuses mais force est de constater qu'elles sont très proches et stables dans le temps, depuis les premiers promoteurs médecins investis dans cette pratique. (Cf. la page sur les définitions du massage). Les termes de **manœuvre** et de **manipulation** sont les plus souvent retenus pour définir le massage dévoilant que celui-ci est un travail manuel comprenant l'exécution de tâches dont la manière d'opérer reste occulte ou du domaine de l'art.

3.3.2. - la kinésithérapie : la naissance d'un mot *la gymnastique thérapeutique*

Nous savons grâce à **J. DEFRANCE**³⁴ que la gymnastique et l'éducation physique du corps prend sa forme à la fin du 18^{ème} siècle et qu'elle est le produit de divisions, d'alliances et de rapports entre les groupes qui ont pris part à son émergence. Il montre que le combat entrepris autour de l'éducation physique des jeunes enfants, sert le corps médical.

Depuis le début du XIX^{ème} siècle des médecins, des militaires et des gymnastes cherchent à développer et à démontrer le rôle de l'exercice physique appliqué aux organes de l'homme. Nouveau produit culturel, la gymnastique est centrée sur des considérations qui s'appliquent, aux militaires aux civils et aux enfants et devient « *une production politique* »³⁵. La gymnastique gagne du prestige et son caractère hygiénique puis thérapeutique prend de l'extension, malgré le débat ouvert entre ses partisans et ses opposants. Tout au long du XIX^{ème} siècle, la gymnastique en voie de légitimation et d'autonomisation, s'institutionnalise, en France et à l'étranger, à l'exemple de la Suède et de l'Allemagne ; elle devient une discipline obligatoire à l'école et à l'armée. Elle se développe en ville dans des gymnases dans le domaine de l'hygiène et de l'orthopédie instrumentale, mécanique et manuelle, domaine que très tôt médecins, chirurgiens, gymnastes et profanes ont investi. Mais l'intérêt pour les médecins est d'obtenir une sorte d'*exclusivité théorique* en défendant la gymnastique comme moyen thérapeutique notamment en orthopédie et de superviser son enseignement. La pénétration du champ médical s'effectue par le biais comme pour le massage, par des multiples rubriques de l'hygiène dont les médecins initiateurs, favorables à des exercices adaptés aux contraintes du corps malade, sont à la recherche d'une application différente de la gymnastique stricte, trop brutale voire acrobatique. La production de modèles mécaniques³⁶ permet de justifier la prise en compte de la motricité, de la posture et une pédagogie³⁷ du mouvement. Les médecins proposent une application rationnelle qui, non seulement améliore les diverses fonctions du corps humain, c'est-à-dire la **santé**, mais encore peut guérir des maladies. Le développement des « *exercices corporels*

³⁴ **DEFRANCE J.**, *L'excellence corporelle la formation des activités physiques et sportives modernes 1770-1914. Esquisse d'une histoire sociale de la gymnastique* Presses universitaires de Rennes 1987.

³⁵ Comme le confirme les Commissions de gymnastique de 1853, 1868, 1882, 1887 (ANDRIEU).

³⁶ **MAREY E.J.**, (1894) *Le Mouvement*, Masson, Paris et *La machine animale, locomotion terrestre et aérienne*, Baillière Paris (1873).

³⁷ **VIGARELLO G.**, (1978) *Le Corps redressé*, Corps et culture, J.P. Delarge.

dans leurs modalités compétitives, pédagogiques, hygiéniques...qui prennent la forme de systèmes de pratiques rationnelles», et « des entrepreneurs d'orthopédie³⁸ et de gymnastique corrective »³⁹, va contribuer à renforcer le corps sain et soutenir le corps malade étant entendu que « santé, bien-être, moralité, régénération des races affaiblies...tout se tient »⁴⁰.

La médecine devient le véritable moteur de la légitimation et de la diffusion des pratiques, au moment où la gymnastique se différencie, à la recherche des modèles. La gymnastique suédoise en est un exemple, elle séduit les médecins investis dans la gymnastique car elle se fonde sur des bases anatomo-physiologiques. Elle est dans la mouvance de la recherche médicale du moment que le **Dr LAGRANGE**⁴¹, **DEMENÿ**⁴² et le **Dr TISSIE**⁴³ vont importer en France en l'étudiant dans le pays d'origine dans les années 1890. Cette gymnastique nécessite un encadrement dans le domaine de l'application thérapeutique, se démarquant des autres modèles. La présence d'un gymnaste est nécessaire pour faire et contrôler le mouvement imposé au malade.

C'est dans ce contexte, que le **terme de kinésithérapie** est repris par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux, dans son enseignement à l'hôpital Cochin en 1887 pour désigner une *gymnastique thérapeutique* adaptée aux traitements des maladies terme préférable à celui de gymnastique, terme trivial pour le monde médical.

Le mot **kinésithérapie** date en fait de 1847⁴⁴, il est formé de **kinési** élément tiré du grec *mouvement* et de *thérapie* qui fournit le second élément de nombreux termes médicaux. Son créateur le gymnaste suédois **A. GEORGII**⁴⁵ l'utilise pour désigner le traitement des maladies de l'appareil de soutien par des mouvements imposés combinés au

³⁸ **DEFRANCE J.**, (1987) *L'excellence corporelle la formation des activités physiques et sportives modernes 1770-1914*. Presses Universitaires de Rennes, Revue S.T.A.P.S. p 5.

³⁹ « les médecins veulent partager le marché pour se réserver la gymnastique curative (thérapeutique) qu'ils théorisent...le contrôle des pratiques gymniques est en jeu »DEFRANCE loc. cit. p 78.

⁴⁰ **ANDRIEU G.**, (1994) La gymnastique obligatoire à l'école ou l'application d'une morale revancharde in Sport, éducation et art.

⁴¹ Sportif et médecin auteur de nombreux ouvrages sur les effets physiologiques du mouvement.

⁴² Gymnaste et chercheur à la station physiologique du Professeur MAREY, professeur au Collège de France.

⁴³ Fondateur de la Ligue Girondine de l'Education physique, puis président de la Ligue française d'Education physique.

⁴⁴ **LE ROBERT** *Dictionnaire historique de la langue française* 1995 et Analyse et traitement informatique de la langue française (ATILF) <http://atilf.inal.fr/> *Trésor de la langue française*, et dans la base *Frantext* destinée au grand public.

⁴⁵ **GEORGII A.**, (1847) *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling*. Baillière Paris.

massage. Les **DALLY**⁴⁶ père et fils (1857) propose le terme de **cinésiologie** pour réunir toutes les connaissances qui se rapportent aux mouvements et à l'exercice du corps humain. Cette science évoque par une plus grande clarté étymologique les exercices du corps évoquant le mouvement fonctionnel et non l'idée de nudité qu'évoque la gymnastique (*gymnos* en grec signifie : nu). Elle recouvre d'après son auteur, l'art du mouvement éducationnel de l'appareil locomoteur, la gymnastique médicale, ou **kinésithérapie** qui pour lui, est plus correcte que kinésithérapie.

Pour **LITRE**⁴⁷ (1866), **kinésithérapie** est un **terme de médecine** qui désigne *un procédé de gymnastique consistant à provoquer des mouvements pendant que l'on s'oppose à leur raccourcissement et à exercer des tractions sur eux pendant qu'ils se sont raccourcis*. C'est aussi le mot choisi par le gymnaste N. LAISNE, créateur des services de gymnastique dans les hôpitaux parisiens promoteur de l'application thérapeutique des exercices, du massage et des frictions à la guérison de quelques maladies⁴⁸ : il adopte la définition de LITRE dans son Dictionnaire de médecine : « *Kinésithérapie ou guérison par le mouvement...* »⁴⁹.

Dès le début du XX^{ème} siècle, le terme de kinésithérapie est contesté par le monde médical savant, les professeurs de la faculté de médecine de Paris lui préfèrent celui de **kinésithérapie**, mais l'usage de ce terme est réfuté par le **Dr STAPFER** spécialisé en gynécologie, auteur d'une méthode de kinésithérapie gynécologique d'inspiration suédoise, qui associe le massage et la gymnastique. En 1891, ce médecin, préoccupé de trouver un mot exprimant l'ensemble de la méthode, rejette *massothérapie* équivalent de massage ainsi que *gymnastique* qui représente comme le massage ou la massothérapie la moitié de la méthode. Il propose le terme de kinésithérapie dont il pense être le créateur. STAPFER n'est que le père adoptif et combatif d'un mot *hirsute, rébarbatif*, mais très correct. STAPFER soumet la construction du mot à M. PERROT, secrétaire perpétuel de l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres, helléniste réputé. La réponse fut : « **dites sans hésitation kinésithérapie** »⁵⁰.

⁴⁶ *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre* (1871). Le Dr Eugène Dally fils d'un gymnaste, auteur d'ouvrages sur la gymnastique, dirige un établissement hydrothérapique et orthopédique de Neuilly.

⁴⁷ Dictionnaire de la langue française par Littré réédition en 1994 Encyclopedica Britannica France.

⁴⁸ **LAISNE N.**, (1880) *Applications de la gymnastique à la guérison de quelques maladies* Bernheim et Cie Paris. XLVI préface

⁴⁹ **LITRE E.**, (1878) *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire* 14^{ème} éd. Baillièrre Paris.

⁵⁰ Déjà on pouvait constater que dans plusieurs termes scientifiques tirés du grec, on substituait le c au $\kappa\alpha\pi\pi\alpha$ Exemple : tous les dérivés de $\kappa\iota\eta\epsilon\omega$ (mouvoir) *Cinéma, cinématique, cinématographe*, inventés depuis cette époque ont introduit le « c » dans la langue populaire. Malgré *cinématique* devenu d'un

La kinésithérapie dont la construction du mot sera de manière cyclique récusé ou accepté par le monde médical savant, « est la thérapeutique par le mouvement, elle comprend plusieurs formes d'application : le massage, les mouvements passifs, les mouvements actifs »⁵¹. Le terme de *kinésithérapie* dont le choix n'est pas sans arrière pensée renforce par son origine grecque le caractère médical de cette nouvelle pratique, la situe d'emblée dans la thérapeutique, exclusivité médicale. La composition du mot qui nécessite quelques éclaircissements pour le profane démontre aussi une certaine complexité de la méthode que l'on tente de cerner. En 1906, au **Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine**, le **Dr MESNARD**, président de la **Société de kinésithérapie**, confirme les rapports entre le massage et la gymnastique médicale « **la kinésithérapie ou massothérapie** consiste dans l'application, au traitement des maladies, du mouvement sous toute ses formes passif et actif⁵² » mais reconnaît que si le mot paraît *simplement barbare*, il ne dit rien aux gens du monde qui possèdent des représentations erronées notamment sur le gymnaste -homme porteur de haltères et de trapèze - et la gymnastique - exercices de force et d'équilibre -. Comme on le voit la signification du mot est prise dans une polémique sémantique qui caractérise l'application de l'exercice et du mouvement adapté au traitement des maladies, mouvement actif avec ou sans instrument et le mouvement passif qui peut comprendre le massage. La polysémie du terme kinésithérapie et les représentations qui s'y rattachent (gymnaste, acrobate, spectacle), laisse une ambiguïté quant à la précision des techniques et méthodes qu'elles recouvrent. Cet état peut expliquer la distance prise par le monde médical savant en regard de ces méthodes dont les bases scientifiques sont déficientes.

Cependant, on note que lorsque les médecins ont recours à des formes de gymnastique et de massage dans le traitement des maladies, l'appellation des méthodes subit des transformations. Les mots massage ou gymnastique évoluent vers *massothérapie* et *kinésithérapie* ; seuls les chirurgiens ou les médecins praticiens conservent le terme populaire de massage et de gymnastique appliqué à la maladie à traiter ; comme le traitement des fractures par le massage, la gymnastique dans le traitement des déviations vertébrales...Il faut attendre 1996 pour que soit donné une définition de la **masso-kinésithérapie** qui consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités

usage courant dans la nomenclature scientifique, kinésithérapie est une forme plus correcte et aussi sonne mieux à l'oreille que cinésithérapie.

⁵¹ DUREY F., (1909) *Les agents physiques usuels* Baillière.

⁵² MESNARD R., (1905) *Rapport sur l'exercice illégal de la massothérapie au Congrès sur l'exercice illégal de médecine à Paris* Compte rendu.

fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques (décret des actes professionnels et l'exercice de la profession en 2000). On constate que la définition de la masso-kinésithérapie réunit celle du massage et de la gymnastique et qu'elle est proche pour ne pas dire identique à celle de la rééducation, action de refaire l'éducation d'une fonction lésée.

3.3.3. - La ré-éducation : la naissance d'un concept

Comme la gymnastique ou le massage, l'idée de « **rééducation** »⁵³ émerge en France à la fin de XIX^{ème} siècle. D'abord pour apporter une compensation à la population victime d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, concrétisée par la loi du 9 avril 1898⁵⁴ sur les accidents du travail, puis, les mutilés et les infirmes du travail vont retrouver ceux que la guerre va produire. Si le hasard de l'histoire va lier leur sort, cette **rééducation professionnelle** va bénéficier de la pénétration en médecine du concept de rééducation d'abord en neurologie puis dans les séquelles des traumatismes et des blessures de guerre.

Devant l'impossibilité de traiter certaines maladies du système nerveux, voire même de recourir à toute intervention thérapeutique qui risquerait d'être nuisible, quelques médecins praticiens constatent les échecs pour **guérir** ces affections. Ils considèrent alors, qu'« *il faut abandonner l'idée **d'attaquer la maladie** et s'appliquer à soigner **le malade*** »⁵⁵. Il s'agit de chercher des détours pour en amoindrir les effets. Les indications sont au nombre de deux : relever la résistance physique du malade et son moral puis chercher à **compenser** « *dans la mesure du possible les troubles moteurs occasionnés par la sclérose* ». Ce concept nouveau va prendre de l'importance, dénommé *gymnastique cérébrale*, *gymnastique de compensation*, *gymnastique raisonnée* puis *rééducation motrice* ou **thérapeutique du mouvement malade**. La méthode est essentiellement médicale et se définit comme distincte de la gymnastique et du massage *dans lesquels les fonctions cérébrales*

⁵³ MONTES J.F., (1993) La rééducation professionnelle et l'emploi des mutilés du travail et des mutilés de guerre in *Maladies, médecine et sociétés Approches historiques pour le présent* Tome II L'Harmattan et Histoire au présent.

⁵⁴ Loi de 1898 portant sur les accidents du travail. Cette démarche s'inspire de la Fondation en 1899 créée par MARSOULAN Conseiller général de la Seine qui a créé des ateliers de travail pour la réadaptation des mutilés du travail

⁵⁵ HIRSCHBERG R., (1893) Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale Tome 1, pp 66-81.

*n'ont aucune part, s'adressant uniquement à la force physique*⁵⁶. Le **Pr. F. RAYMOND**, professeur de Clinique des maladies du système nerveux, successeur du professeur CHARCOT à la Salpêtrière, consacre des leçons sur la genèse, la finalité de la méthode et la légitimité en 1896 ; il confirme l'appellation de *rééducation des mouvements* puis de *rééducation motrice* dont il donne la définition suivante **« gymnastique raisonnée destinée à rétablir les rapports normaux entre la perception consciente et la volonté »**.

On note une nouvelle fois que le médecin spécialisé crée un terme nouveau pour définir une méthode qui utilise le mouvement comme thérapeutique. Pour éviter la représentation néfaste que véhicule la gymnastique et récuser toute participation du gymnaste, il oppose la connaissance indispensable du fonctionnement du cerveau que seul le médecin maîtrise, à celle de la force développée par le massage et la gymnastique : seul un médecin peut commander les exercices à appliquer.

Cette notion de rééducation appliquée à des maladies neurologiques, va se transposer aux mutilés de la guerre qui ont droit à une réparation et à une réinsertion sociale. La guerre, produisant une perte de travailleurs, pose la question du relèvement des blessés qui possèdent une capacité de travail utilisable, l'idée de la rééducation par le travail est avancée. Une **Commission Interministérielle de Rééducation**⁵⁷ est créée, destinée à gérer les futurs réformés qui doivent être rééduqués professionnellement en même temps qu'ils sont traités par la physiothérapie (application des agents physiques air, eau, électricité en thérapeutique). L'Etat porte un regard sur les blessés de guerre, avec 1.100.000 invalides dont près de 400.000 mutilés⁵⁸. Il s'agit d'un nouveau type de prise en charge des blessés, avant de leur proposer une rééducation professionnelle ou pour certains de retourner dans les services d'actives ou auxiliaires, les soldats blessés vont pouvoir bénéficier tout en conservant le bénéfice de leur pension, des **méthodes de physiothérapie**, mais la France ne possède pas de service sanitaire chargé de répondre à cette demande de réhabilitation. Aussi, elle fait appel à des œuvres charitables et dès 1914, des centres médicaux, soutenus par les sociétés d'assurances, placés sous l'autorité du secrétariat d'Etat du Service de Santé Militaire, organisent un système de soins pour les blessés en amont de la rééducation professionnelle où l'on applique le massage, la kinésithérapie, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, la

⁵⁶ **FAURE M.**, Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement XIV congrès international de médecine de Madrid 23-30 avril 1903.

⁵⁷ Arrêté du 6 avril 1915.

⁵⁸ **PINELL P.**, (1992) *Naissance d'un fléau Histoire de la lutte contre le cancer en France de 1890-1940* Métaillé pp 116-119.

mécanothérapie, la thermothérapie. Le Dr CAMUS, médecin des hôpitaux, rédige un rapport sur le **Corps de rééducation physique**⁵⁹ et demande que l'on applique la rééducation motrice⁶⁰ développée par les médecins neurologues à la Salpêtrière.

Le Dr **CAMUS** dirige le **dépôt de Physiothérapie du Grand Palais**. Ce dépôt devient une vitrine⁶¹ où 350 blessés sont soignés quotidiennement par la rééducation⁶². Puis le service de Santé va généraliser des **écoles de rééducation**⁶³, fortement appuyé par le Rapport du député le Dr LACHAUD⁶⁴ demandé par le Sous Secréariat d'Etat souhaite désencombrer les hôpitaux des blessés pour les soumettre le plus rapidement possible à la rééducation motrice et la physiothérapie.

On assiste à l'organisation des services de physiothérapie et de **mécanothérapie**⁶⁵ méthode créée par un médecin suédois le Dr ZANDER (1857). Cette méthode tente de substituer la présence d'un aide pour produire sur le malade des mouvements ou les assister. La gymnastique mécanique n'est pas un système à part mais correspond à la volonté d'adapter l'exercice à la thérapeutique pour un plus grand nombre. Ce modèle mécanique qui consiste à normaliser les attitudes du corps, va contribuer à la rééducation motrice, physique et fonctionnelle. On applique l'électrothérapie, la balnéothérapie que des aides bénévoles ou des infirmières appliquent en fonction des indications médicales mais l'armée souffre de la pénurie de masseurs et de médecins compétents en physiothérapie; une formation à l'Hôpital du Val de Grâce est organisée à cet effet. Cet absence et les services rendus par cette pratique sont une des raisons de l'origine de la création du diplôme de masseur en 1924.

L'étude historique du langage d'un point de vue méthodologique montre son importance pour maîtriser les concepts et pour comprendre des ambiguïtés entre les définitions données par des

⁵⁹ Rapport du 30 juin 1916.

⁶⁰ **RAYNAL A.J.**, (1915) *La rééducation motrice chez les blessés de guerre* Thèse en médecine Paris

⁶¹ **CAMUS J.**, *Le Corps de Rééducation physique du Grand Palais* Fournier 1916.

⁶² **REGNIER P.**, *De la rééducation fonctionnelle des blessés de guerre* Conférence faite à Tours le 16 avril 1916 dans le cadre de l'Association française pour l'avancement des sciences, Paris, 1916 Masson.

⁶³ **TOURNADE A.**, *La rééducation professionnelle des Mutilés de Guerre Rôle du Service de Santé* Fournier 1917.

⁶⁴ 26 octobre 1915.

⁶⁵ **Circulaire du 23 janvier 1916**. La mécanothérapie est l'art d'appliquer à la thérapeutique et à l'hygiène certaines machines imaginées pour provoquer des mouvements corporels méthodiques dont on a réglé d'avance la forme, l'étendue et l'énergie. Le Dr ZANDER élève du gymnaste suédois Ling en est l'inventeur. **LEVERTIN A.**, (1893) *La gymnastique Médico-mécanique ZANDER Méthode, importance, application*. Imprimerie royale, P.A. Norstedt, Stockholm.

dictionnaires et les spécialistes. Si le mot de *massage* ne change pas ou peu, celui de *kinésithérapie* nouveau mot apparu dans le champ médical dont la construction est controversée dès sa naissance, souligne l'intérêt qu'il soulève comme trace des conflits d'interprétation : *cinésithérapie* pour le monde savant, *kinésithérapie* pour le praticien. Le mouvement est l'objet d'enjeu pour son application en médecine. Gymnastique thérapeutique **par** le mouvement rencontre celle **du** mouvement : la *rééducation* recherche à compenser ou suppléer celui qui est perturbé, la *kinésithérapie* doit le rétablir, situation complexe et confuse.

La frontière est floue et perméable, quelle place ces méthodes peuvent-elles occuper dans l'univers médical ?

4. - L'OBJET DE LA RECHERCHE

Nous nous proposons d'analyser les processus qui ont abouti à la pénétration, à l'utilisation et à une certaine légitimation de la kinésithérapie du *massage et de la gymnastique* dans le champ médical et en particulier dans celui des spécialités médicales émergentes, dans la mouvance hygiéniste de la fin du XIX^{ème} siècle. L'introduction de ces méthodes doit être replacée dans le contexte où elle s'opère, c'est-à-dire à la fin du XIX^{ème} siècle, où la notion de l'éducation et de la valorisation du corps se développe mais aussi où la médecine doit trouver des thérapeutiques efficaces.

Dans la mouvance du mouvement hygiéniste¹, on assiste à la renaissance des thérapeutiques de l'antiquité² : l'éducation physique, les sports, les pratiques thermales et hydrothérapiques, celles du massage³ et de l'orthopédie⁴, à l'épanouissement des gymnastiques (pédagogique, médicale, militaire...), complétées de nouvelles méthodes **l'électrothérapie**⁵ (1855), **la mécano-thérapie** (1857) et **la kinésithérapie** (1847)⁶. « Ces nouvelles méthodes représentent une partie importante de la médecine curative. Elles agissent peut-être autant pour prévenir le mal que pour supprimer les phénomènes morbides qui se sont déjà présentés. On les a nommées les remèdes physiques ; la lumière, l'air, l'eau, l'électricité et le mouvement sont les noms de ces nouveaux remèdes, dont chacun imprime son cachet à la nouvelle thérapeutique du XIX^{ème} siècle. »⁷. La médicalisation de ces pratiques ouvre la voie à des perspectives dans l'art de guérir, complétant les thérapeutiques galénique et chirurgicale.

¹ GUILLAUME P., loc. cit pp 96-101.

² MAC AULIFFE L., (1904) *La thérapeutique physique d'autrefois*, Masson, Paris.

³ DAILLY E., (1885) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* Tome II 4^{ème} série pp 809-814, 863-868, Paris, Masson. L'auteur proteste contre l'emploi du mot massage qui comprend les différentes manœuvres de massage et les mouvements artificiels communiqués. Il lui préfère celui de manipulations thérapeutiques ; la mécano-thérapie, thérapeutique qui utilise les mouvements méthodiques s'appuyant sur un procédé mécanique, est incluse dans la définition.

⁴ C'est à DELPECH, professeur de médecine à Montpellier, que l'on doit une des premières maisons d'orthopédie et de développer cette nouvelle branche de l'art médical. (1828). Il ouvrit une maison de santé destinée exclusivement à l'exploitation des exercices et des procédés gymnastiques pour combattre les déviations de la taille. A l'exemple de DELPECH, « une foule de médecins et de chirurgiens se ruèrent dans la voie si lucrative de cette spécialité médico-gymnastique : on vit s'élever de toute part des palais et des temples presque somptueux à l'orthopédie » Raspail vers 1860.

⁵ Utilisation des courants électriques pour soigner des maladies. DUCHENNE DE BOULOGNE a été un des principaux promoteurs.

⁶ Le terme est employé pour la première fois en 1847 par A. GEORGII élève du suédois Ling créateur d'une méthode gymnastique, auteur de *La kinésithérapie ou le traitement des maladies par le mouvement* selon la méthode Ling, Baillière éd. Paris. « C'est l'art de traiter ou de prévenir les maladies par le mouvement ».

⁷ LEVERTIN A., op. cit. Introduction pp 9-17.

Si les résultats observés permettent-ils de penser que ces pratiques peuvent trouver place en thérapeutique médicale et chirurgicale, les promoteurs vont chercher à justifier le caractère scientifique des méthodes utilisées qui représente, comme le précise **(V. KARADY 1979)**, la « *voie royale* » de la réussite pour assurer un statut à une discipline neuve, à une innovation au sein d'une branche d'études. La recherche de justifications scientifiques pour confirmer sa valeur, doit permettre d'acquérir une *légitimité universitaire*, indispensable à sa reconnaissance comme discipline médicale par la Faculté de médecine afin de proposer un enseignement officiel. Ces méthodes bénéficiant du prestige d'un courant de pensée pour le recours à des thérapeutiques d'autrefois s'appuyant sur l'hygiène, vont mobiliser un public médical érudit mais limité, qui « *à la faveur de tel maître ...ou de tel enseignement n'est pas sans stimuler ou forcer l'attention des spécialistes attirés pour le nouveau discours scientifique..* »⁸.

Ces méthodes rencontrent les groupes de pression, les organes de presse, les syndicats, les entrepreneurs qui à la recherche d'une légitimité sociale vont trouver une « *expression institutionnelle privée* » une certaine source d'autonomie, devant la lenteur des institutions officielles.

Peut-on identifier les promoteurs et les entrepreneurs qui tentent d'individualiser et de rationaliser ces procédés pour leur conférer un statut médical et scientifique ? Qui sont les médecins en France et à l'étranger qui s'investissent dans des pratiques triviales et populaires de massage et de gymnastique à usage thérapeutique dans de nombreux domaines : traumatologie, orthopédie, traitement des différentes difformités physiques, de certaines maladies nerveuses et gynécologiques ?

Le *mouvement thérapeutique* représenterait-il un intérêt commun pour que des médecins à la recherche de nouvelles méthodes se mobilisent pour produire de la représentation et des prestations matérielles ?

Il s'agit de rendre compte de l'émergence de ce groupe, de reconstituer l'univers dans lequel il s'inscrit, d'analyser son organisation et ses modifications morphologiques⁹ et d'expliquer les processus de mobilisation dans « *un va et vient entre l'intérêt qui fait le groupe et le groupe qui fait l'intérêt* » (**OFFERLE 1994**). On observera les stratégies des acteurs qui réfléchissent et agissent en encourageant la promotion de ces techniques, puis le réseau d'intérêts d'un groupe multiforme d'acteurs qui va constituer un groupe d'intérêt ; cette situation conduit inéluctablement à prendre connaissance des méthodes utilisées servant de base au travail de mobilisation du groupe qui prétend au

⁸ **KARADY V.**, loc. cit. p 50.

⁹ **OFFERLE M.**, loc. cit.

monopole de la gestion de ces pratiques. La question implicite est de savoir si l'Université est prête à admettre les pratiques manipulatives et gymniques d'origine populaire comme une thérapeutique médicale à part. Certains des acteurs défendent les méthodes qu'ils ont produites et envisagent de les ériger comme le seul moyen thérapeutique des affections dont ils sont spécialistes. D'autres médecins, convaincus de l'intérêt des procédés et placés dans la mouvance de l'application d'autres agents physiques, comme l'électricité et l'hydrothérapie, tentent d'élargir et de rassembler, les traitements qui ont recours aux agents physiques dans une nouvelle vision de la thérapeutique. On assiste à une tentative d'institutionnalisation d'une nouvelle spécialité médicale, la **physiothérapie**, application des agents naturels à la thérapeutique. Pour s'en tenir au plus près de cet ensemble disparate et mouvant on étudiera les hommes, les mots qu'ils emploient, les institutions qu'ils créent, les systèmes de classement, on insistera sur les réseaux, les situations génératrices de positions singulières

Comment se développent les pratiques de manipulations manuelles et mécaniques des tissus, passives ou actives, les exercices physiques à visée thérapeutique, à partir de la mutation de la médecine à la fin du XIX^{ème} siècle?

Peut-on esquisser une chronologie des transformations structurelles de cet ensemble de pratiques alors qu'elles étaient tombées dans l'oubli ou abandonnées et écartées par le corps médical savant qui les dédaigne depuis le Moyen-Age. Les bains, les pratiques thermales, les cures climatiques, le massage, les soins visant à la propreté du corps sont considérés comme un luxe ou réservés à une catégorie sociale pour le bien être, ces pratiques parfois cachent la prostitution. Tout au plus la médecine populaire en sauve-t-elle quelques éléments. Les thérapeutiques manuelles et mécaniques deviennent l'apanage des rebouteurs, des guérisseurs, des magnétiseurs des gymnastes et profanes de tout genre, voire des charlatans, elles sont considérées comme indignes des docteurs en médecine.

Pour les promoteurs d'une médecine naturelle ou physique, massage, gymnastique ou kinésithérapie doivent-être considérés comme de nouveaux outils thérapeutiques. Sont-ils des techniques limitées à certaines maladies, un traitement complémentaire ou préventif de certaines affections, une nouvelle discipline, un nouveau concept médical, voire une nouvelle spécialité médicale ? Ici, pratiques populaires et médecine savante se croisent et participent au renouvellement des moyens thérapeutiques pour améliorer la santé publique.

Comment va-t-on passer du massage à la massothérapie, des gymnastiques médicales à la kinésithérapie ? Quelles sont ces

méthodes, les ressources et les répertoires d'action dont on dispose pour informer le corps médical de l'importance de ces « nouvelles méthodes » ? Quels sont les moyens utilisés pour convaincre le médecin d'exercer un « *métier manuel* » sans perdre sa position dans la hiérarchie sociale ?

Pour ces promoteurs, les pratiques transférées des mains de l'empirique profane, à celles, sacrées, du médecin, doivent suivre une métamorphose identique à celle de la chirurgie. La chirurgie - art manuel - était, il y a encore un peu plus d'un siècle, aux mains des barbiers. L'exercice de la médecine peut-il se développer et proposer des pratiques thérapeutiques manuelles sans entraîner la présence d'aides qui sont les promoteurs empiriques de ces techniques, les gymnastes et les masseurs ?

A partir d'une perspective de sociologie des professions, des groupes professionnels, des groupes d'intérêts et d'une sociologie historique, c'est-à-dire en appréhendant les pratiques et les représentations collectives pour comprendre leur diversité et leurs fluctuations.

Leurs promoteurs, s'appuient sur une légitimation historique de ces procédés, découverts par les Anciens dans l'hygiène et la thérapeutique (Égyptiens, Chinois, Indiens, Grecs et Latins), où gymnastique et massage sont liés ; ils vont s'investir dans le renouvellement des méthodes. Cette analyse emprunte celle proposée par la genèse et la construction des groupes d'intérêts ; comment ceux-ci se structurent-ils ?

Les initiateurs en reconnaissant la qualité d'agent thérapeutique aux méthodes préconisées, tentent de leur conférer un statut médical, consignait, rassemblant et énonçant un savoir théorique, abstrait et complexe, attribut déterminant des professions établies. Existe-t-il un corps de savoirs théoriques spécialisés et scientifiques pour que des pratiques qui en sont issues, soient rapidement introduites dans le processus thérapeutique ? Quels sont les lieux de production de ces savoirs qui sont les promoteurs qui les proposent et font valoir des compétences qui constituent un « **savoir soigner profane** » distinct de la science des professionnels de la médecine ?

S'attachant à trouver des justifications aux méthodes en présentant des résultats cliniques, des expérimentations, les promoteurs de l'utilisation des agents physiques tentent de préconiser une application rationnelle des méthodes qui, non seulement améliorent les diverses fonctions du corps humain, c'est-à-dire la santé, mais aussi guérissent des maladies. Cette nouvelle situation doit permettre à ces procédés de prendre place à part entière en médecine et garantir au corps médical une polarisation du service rendu sur la collectivité qui renforce les caractéristiques de la profession médicale.

Les quelques **médecins masseurs ou gymnastes** qui prennent des positions divergentes par rapport à l'ensemble des structures médicales ainsi qu'aux connaissances dominantes, ne sont pas en état de produire des standards de pratiques stables et homogènes qui définiraient le contenu d'une médecine manuelle physique. Une telle situation mérite d'être explorée en s'inscrivant dans une approche interactionniste développée par STRAUSS qui considère que la profession médicale « *comme sans cesse en mouvement car constituée d'amalgame lâche de segments poursuivant des objectifs différents de manière différente et se tenant plus ou moins fragilement sous la dénomination commune à une période de l'histoire* »¹⁰. Cette notion de segment renvoie aux groupes de personnes qui organisent leurs activités professionnelles d'une manière qui les distingue des autres membres de leur profession « *les segments ne sont pas fixes, ils prennent forme et se développent, ils sont modifiés et disparaissent. Ce mouvement leur est imposé par les changements dans leur dispositif de travail institutionnel et dans leur relation avec les autres segments et occupations* ». De cette fluidité, de nouveaux groupements peuvent émerger.

Initialement la disparité des modes opératoires liés aux instrumentations et outils nécessaires pour leur application, explique et justifie l'hétérogénéité des pratiques en cause qui ont recours à des agents physiques aussi différents que l'eau, l'air, la lumière, l'électricité et le mouvement. Après un morcellement des techniques et méthodes, on assiste à un regroupement des pratiques sur trois pôles, **l'hydrothérapie et le thermalisme** qui est depuis plusieurs dizaines d'années une spécialisation reconnue de fait (1855) et les traitements électriques ou **électrothérapie**. La maîtrise progressive de la physique et de la chimie et de leurs normes, fondement de *l'électrologie et de l'hydrologie*, est à l'origine de la justification des techniques et leur application. On assiste donc à un regroupement des disciplines qui s'appuient sur les justifications scientifiques en concordance avec la connaissance progressive des causes des maladies et des affections. Si la **kinésithérapie** partage le champ des agents physiques (le mouvement) et son application dans des domaines conjoints, elle exhibe des différences notamment sur des domaines d'applications plus étendus et distincts (population, maladies). La kinésithérapie diffère des trois pratiques précédentes : elle ne nécessite pas d'instrumentations lourdes, son exécution en ville dans des cabinets la rend applicable facilement, les connaissances mobilisées sont celles transmises par la faculté de médecine (anatomie et pathologie) dont l'apprentissage est plus compréhensible que celui nécessaire pour la connaissance de la physique ou de la chimie développées dans les

¹⁰ In **BASZANGER I.**, (1990) Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation, le cas des médecins de la douleur *Rev.franç.Sociol.* XXXI, 1990, 257-282.

autres agents. Mais la différence réside sur le fait que la kinésithérapie est une action humaine « en directe » sur une personne ; les techniques, essentiellement manuelles, si elles génèrent des résultats, montrent que la recherche d'une légitimation scientifique pour une application rationnelle dans le traitement des maladies est d'autant plus complexe ; *la cinésiologie*, science sur laquelle elles s'appuient, est balbutiante, méconnue et ignorée du monde médical savant.

C'est précisément le mouvement d'émergence de nouveaux groupements que l'on se propose de suivre, groupements qui ne sont pas liés habituellement au découpage par spécialités en fonction de leur localisation (maladie d'un appareil), de la personne (enfant, femme, aliénés) ou de l'utilisation d'instruments. La rapidité de la diffusion de ces procédés¹¹ et leur pénétration, la rareté de praticiens à l'hôpital comme en ville, vont poser la question de l'exercice des pratiques que l'enseignement officiel ne prend pas en compte.

Dans ce contexte de transformation et d'organisation du monde médical, l'émergence des spécialisations apparaît clairement comme une division du travail médical ; le produit d'une construction consistant à séparer, réunir, hiérarchiser et contrôler. C'est parce que nous faisons cette hypothèse que nous entreprenons de chercher les raisons de cette segmentation.

Quelques médecins praticiens réclament l'exclusivité des pratiques, d'autres préfèrent confier ces procédés à des aides de proximité, leurs domestiques ou d'aides attachés à leur personne, d'autres enfin, encouragent le développement d'aides formés à la disposition du corps médical en ville ou dans les stations thermales pour assurer les manipulations pénibles, de longue durée, voire les soins des indigents victimes d'accidents du travail¹². On se situe alors dans le cadre d'une division du travail « *point de départ de toute analyse sociologique du travail humain* » (E. HUGHES).

Notre étude examine la forme prise par ces méthodes, leurs usages, la systématisation des divers exercices ; elle suit la dynamique des pratiques et de leurs fonctions sur les diverses scènes d'action et en particulier les ressources utilisées par des médecins spécialisés, pour introduire un renouvellement des pratiques. Nous rendrons compte, en partant de la production littéraire, des positions, des polémiques, des divergences et des relations entre les différents acteurs à la recherche d'une légitimation des méthodes et à la mise en œuvre d'une segmentation des tâches et une division du travail.

¹¹ Il existe plus de 200 revues médicales françaises, à la fin du XIX^{ème} siècle.

¹² ARCHAMBAUD P., (1892) De l'utilité d'une école de massage *La Revue médicale* juin p 61, 1894.

4.1. - Les matériaux utilisés

La définition de la kinésithérapie, de son action et l'interprétation de son développement proposé dans ce travail, sont solidaires d'une méthode de recherche qui souhaite s'inscrire dans le cadre d'une analyse d'une socio-histoire des processus de construction du champ médical et doit répondre à la question de la pénétration dans le champ de la médecine des méthodes thérapeutiques physiques et manuelles. C'est une histoire sociale, c'est-à-dire une histoire qui envisage de traiter les matériaux empiriques du passé (archives) pour saisir des pratiques et des représentations collectives, comprendre leur diversité et leurs fluctuations. Cette perspective exige de l'historien et du sociologue qu'il se familiarise suffisamment avec les méthodes de Sciences sociales afin de les rendre utilisables et pertinentes pour la recherche historique, les traduire en outils opérationnels pour le travail de recherche, utiles pour l'histoire. Elle exige de celui qui entreprend cette étude des connaissances et un rapprochement de différentes disciplines universitaires histoire, sociologie, science politique. Cette interdisciplinarité n'est pas sans avoir posé des difficultés pour un professionnel de la santé qui, dans son parcours personnel, n'a pas eu l'opportunité de se confronter à ces disciplines (renforçant la difficulté à maîtriser leurs méthodologies de recherche).

Les sources utilisées pour ce travail ont été orientées sur quatre axes principaux de recherche :

- 1) la restitution des processus discontinus qui ont abouti à l'émergence et l'histoire du métier de masseur,
- 2) l'histoire des pratiques médicales ayant eu recours à la thérapie physique centrée sur la période de 1880 à 1914,
- 3) l'introduction des modes d'application de ces pratiques dans les spécialités médicales émergentes et les débats qui l'accompagne,
- 4) l'usage de l'exercice physique et des gymnastiques, la légitimation médicale de la gymnastique, les relations médecine-gymnastique.

D'un point de vue pratique, dans un premier temps, nous nous sommes rendu aux Archives (Centre des Archives contemporaines de Fontainebleau) dont nous avons fait initialement le matériau empirique principal afin de reconstituer l'histoire institutionnelle du métier qui n'avait pas été, jusqu'à présent, l'objet d'une étude exhaustive. L'intervention conjointe du directeur de thèse et du chargé de mission des archives du ministère des affaires sociales et de la solidarité, nous a permis de consulter les archives du ministère de la

santé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute et plus particulièrement celles du **Conseil du massage médical** et du **Conseil supérieur de la Kinésithérapie**. Sous la cote n° 810033 - articles 128 à 130, nous avons découvert : des comptes rendus des réunions du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie de 1943 à 1975 ; des rapports établis par des professionnels médecins ou kinésithérapeutes ; des lettres adressées au ministre de la santé par les syndicats professionnels et les médecins spécialistes, des projets de règlements que nous avons réunis et disséqués en consultant les textes réglementaires qui ont trait à la profession de masseur-kinésithérapeute. Les textes relatifs à l'exercice du massage et à la formation que nous avons réunis au service des *Journaux officiels* : travail fastidieux, allant de visa en visa pour examiner et analyser arrêtés et décrets, mais tâche indispensable pour reconstituer l'histoire institutionnelle de la kinésithérapie. Dans le même esprit, nous avons recherché les documents parlementaires, les annexes concernant les propositions de Loi sur l'exercice de la médecine de 1883 à 1892. Ces lectures nous ont permis d'appréhender la construction du champ médical, des stratégies des groupes et de comprendre et d'observer les enjeux centrés sur la maîtrise de la formation dans un processus de professionnalisation, d'éclairer le présent et d'établir la genèse de ce qui est aujourd'hui. Nous avons pu ainsi reconstituer l'élaboration des textes réglementaires et comprendre les investissements des groupes professionnels présents autour de l'exercice de la kinésithérapie, de ses spécialités et de la médecine physique.

Il a fallu travailler sur les articles 11 à 13 et 34 cote n° 810493 et aller voir les articles 13 cote n° 840355 relatives au **Conseil de Perfectionnement des écoles d'Infirmières** de 1922 à 1937 pour retracer la construction du métier de masseur médical dans le groupe des infirmières.

Apprenti historien, cette première expérience nous a permis d'acquérir un petit faire-savoir du métier d'historien et de chercheur et d'appréhender les difficultés pour restituer l'émergence des aides médecins et des auxiliaires médicaux. De nombreuses heures de travail, l'ouverture de dizaine de cartons, nous a permis de dégrossir, de classer et de relier nos découvertes à d'autres sources. La quantité et la diversité des documents consultés mettaient en évidence la complexité et le nombre important d'interactions entre les différents acteurs. Cet exercice de sélection nous était d'autant plus difficile que notre souci de rigueur dans la pratique soignante nous a appris à ne négliger aucun détail. Pour affiner le travail sur la formation des aveugles nous avons bénéficié des archives et des bibliothèques des associations **Valentin Haüy et Paul et Liliane Guinot**¹³ et de **l'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage EFOM**, du service de la

¹³ **Association VALENTIN HAÛY** 5, rue Duroc 75007 PARIS, **Paul et Liliane GUINOT**, 24-26 Boulevard de Chastenet de Géry 94800 VILLEJUIF

documentation de la **Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs FFMKR**¹⁴, du cours complémentaire de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle de **l'Hôpital des Enfants Malades et de l'A.D.E.R.F.** en ce qui concerne l'exercice et la formation professionnelle.

Le fait de se rendre aux archives facilite l'auto positionnement de l'apprenti historien et sociologue, ce qui m'a aidé dans le dédale des informations dans les domaines de l'éducation physique et de la médecine.

Si les premières découvertes étaient riches de renseignements sur l'activité des masseurs, elles n'apportaient pas grand chose sur la compréhension du développement des pratiques des manipulations thérapeutiques, en particulier massage et gymnastique médicale, à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle. Ce qui nous a amené à une deuxième phase de prospection et nous a conduit à connaître une nouvelle expérience dans les bibliothèques spécialisées pour recueillir des informations sur l'histoire des pratiques médicales ayant eu recours à la thérapeutique physique, sur la période de 1880 à 1914, concernant les débats sur les modes d'application de ces pratiques dans les spécialités médicales émergentes. L'analyse des documents permet ici de comprendre la formation des groupements autour de l'objet kinésithérapie, lui conférant ses limites. Cette nouvelle expérience de prospection des fonds documentaires des bibliothèques devenait chaque jour plus indispensable pour construire l'objet de la recherche. Principalement, quatre bibliothèques ont été investies **la bibliothèque Interuniversitaire de la Faculté de médecine de Paris, de l'Académie de Médecine, du service central de Santé des Armées du Val de Grâce, et celle de l'Assistance Publique**. Elles ont fourni documents, ouvrages imprimés, thèses¹⁵ documents relatifs à l'organisation des services de santé des armées de 1914 à 1920 notamment les services de physiothérapie, des rapports officiels concernant l'instauration de la rééducation fonctionnelle et professionnelle et de très nombreuses collections de périodiques français et étrangers, revues et périodiques concernant la physiothérapie, la kinésithérapie, l'hydrologie, l'hypnotisme, le magnétisme, la médecine physique et de rééducation, les rapports du **Conseil Supérieur d'Assistance Publique**, les procès verbaux du **Conseil Municipal de Paris**, les collections de revues des **Sociétés savantes médicales** depuis 1896 à 1920 ainsi que les compte-rendus des

¹⁴ M. DECHAMBRE documentaliste à la FFMKR nous a fourni des sources précieuses notamment les premières revues de kinésithérapie avant la guerre de 1939-1945. Nous le remercions pour sa disponibilité et son écoute.

¹⁵ dans sa thèse R.REMONDIÈRE a tenté de faire un inventaire des thèses et ouvrages en fonction des thèmes proposés.

congrès de médecine et de spécialités concernant la physiothérapie et des sciences annexes.

Avant l'informatisation récente des références bibliographiques des ouvrages anciens par thème, la recherche manuelle des ouvrages a été particulièrement laborieuse. Les mots clefs, les classements et les sources dans le domaine du massage, de la gymnastique étant souvent mal référencés, ont rendu la prospection plus difficile. La lecture d'ouvrages ou de documents ne constitue qu'un matériau empirique qu'il faut classer, relier et emboîter à d'autres sources. Ainsi on a été contraint de consulter de nombreux périodiques pour reconstituer un matériau exploitable sachant que les collections sont souvent incomplètes ; parfois la revue tant attendue, qui doit permettre de découvrir une explication au questionnement, est manquante ou indisponible. Les difficultés sont apparues essentiellement pour la restitution du passé médical, des biographies des acteurs de second rôle que l'on a néanmoins pu reconstituer avec précision ; force est de reconnaître que le bricolage est souvent de règle pour tenter de mettre en relation et en harmonie des questions de sociologue avec des sources historiques.

La quatrième étape a consisté à réunir les éléments relatifs à l'histoire sociale de la gymnastique, des sports, de la culture et de l'éducation physique. La **Bibliothèque de l'Institut National du Sport et de l'Education Physique, le Centre de Documentation de la Fédération de la Gymnastique volontaire et le Centre régional de documentation pédagogique** nous ont apporté des ouvrages, revues, journaux et documents concernant les techniques de gymnastique et d'éducation physique mais aussi une très large bibliographie sur la construction historique du champ de l'Education physique. L'existence de cahiers pédagogiques destinés aux candidats aux épreuves du CAPEPS ou de l'agrégation ont été pour nous d'une grande utilité par la richesse des analyses mais dont il est apparu qu'ils laissaient dans l'ombre la gymnastique médicalisée et la kinésithérapie.

4.2. - Articulation générale et découpage chronologique

La première partie procède à exposer l'organisation du champ de la médecine à la fin du 19^{ème} siècle.

Le premier chapitre, aborde la genèse institutionnelle du monopole médical de 1803 à 1892 ayant pour conséquence la réorganisation de l'exercice médical après la suppression des facultés par la Révolution. Il faut attendre près d'un siècle pour que la Loi de 1892 confère au profit d'un groupe unique, les caractéristiques

formelles de la profession¹⁶ au sens sociologique, c'est-à-dire, le droit exclusif de la pratique soignante. Le mandat est aussi de garantir des soins à la population en ville comme à l'hôpital, de lutter contre l'exercice illégal et d'éliminer les concurrents. La Loi laisse quelques zones d'ombre que des groupes d'intérêt professionnels non-médecins qui cherchent à exercer une médecine différente, vont chercher à contourner et à exploiter, sources de conflits avec les syndicats de médecins que la nouvelle Loi vient d'autoriser.

La préoccupation du corps médical savant est de classer les maladies et de développer la science du diagnostic, elle va générer les spécialisations médicales dont l'enseignement perce difficilement à la faculté de médecine ; enseignement assuré initialement à la demande des étudiants par une initiation non officielle et privée. L'apparition de l'antisepsie, de l'asepsie, de l'anesthésie et des méthodes hygiéniques, va transformer les hôpitaux en centre de soins et modifier l'exercice médical. Pour répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles demandes de soins, médecins et chirurgiens vont organiser une nouvelle distribution des soins en créant des aides formés par eux pour les assister à l'hôpital, tout en conservant le monopole de l'exercice médical. En ville, le champ médical est occupé par de très nombreux guérisseurs et extra-médicaux, certains sont des aides des médecins, d'autres exercent la médecine. Dans ce contexte de médicalisation, on montre que les procédés de massage et de gymnastique dont les pratiques ont été abandonnées ou méprisées par le corps médical, pénètrent l'univers médical à la recherche de nouvelles thérapeutiques.

Le deuxième chapitre est consacré à la description des méthodes de massage et de gymnastique, associées ou non à celles d'hydrothérapie et d'électrothérapie, médecine à laquelle la population a souvent recours, distribuée par des empiriques et des profanes. Il montre que, dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, quelques promoteurs, médecins, praticiens de ville et des hôpitaux, dans la mouvance du courant hygiéniste et pasteurien, s'investissent et démontrent l'intérêt de l'utilisation en thérapeutique, des agents physiques, l'air, l'eau, l'électricité, et surtout du massage et des exercices gymniques. L'analyse de l'application du mouvement thérapeutique (massage et gymnastique) permet d'exhiber qu'elle est ancrée sur deux pôles disjoints mais qui ont en commun en ce qui concerne l'application des procédés la présence d'un praticien. Le massage est promu comme pratique diagnostique et thérapeutique mais à la différence de la gymnastique, il peut être accompli par le médecin et devenir une nouvelle activité. Le problème de son exercice se pose alors en ville ; des professionnels non médecins

¹⁶ FREIDSON E., Loc.cit. pp 87-91.

exercent le massage prescrit par certains médecins, source de conflits avec ceux qui en réclament le monopole.

La seconde partie décrit la pénétration du mouvement thérapeutique dans les spécialités médico-chirurgicales émergentes. On a recours pour tenter d'illustrer la présentation, malgré la fluidité de ces pratiques dans le champ médical, à une logique d'opposition entre l'exercice de ville et les pratiques hospitalières, les praticiens et le monde médical savant, les pratiques chirurgicales et médicales. Cette topographie sommaire des oppositions, autorise une représentation figurée et expose des champs de pratiques qui acquièrent une relative autonomie marquée par diverses manières d'exercer en fonction des adaptations liées à la spécialisation médicale. On obtient quatre cadrans, chacun des cadrans correspond à quatre manières d'appliquer le massage, la gymnastique, la massothérapie et la rééducation en fonction de spécialisations médicales en voie de construction et les chaires de médecine. On assiste ainsi à des essais de positionnement des techniques en fonction des maladies et des promoteurs engagés dans ces pratiques : fractures et massage, gymnastique et chirurgie de l'enfant, massothérapie ou kinésithérapie en médecine et rééducation dans le traitement des maladies du système nerveux.

La structure des **Chapitres de 4 à 7** est construite sur le même modèle. Ils présentent la genèse de ces pratiques, leurs modalités d'exercice, leurs promoteurs, leurs enjeux et leurs conflits. On esquisse une chronologie des transformations structurelles de cet ensemble de pratiques en adéquation avec une segmentation progressive et naturelle du champ médical en spécialisations.

La troisième partie cherche à mettre en évidence l'intérêt des méthodes physiques et manuelles en médecine et pose le problème de leurs applications. Elle révèle la montée en puissance des autres agents physiques dans le traitement des maladies. Le recours à de nouveaux agents thérapeutiques crée une dynamique chez certains médecins à la recherche de nouvelles activités. Autour de chaque agent ou de chaque spécialité émergente qui utilise ces procédés, s'associent, sous la forme de groupes d'intérêts, des médecins qui partagent le même domaine d'activité et tentent de s'organiser ; ils sollicitent une reconnaissance de leurs spécialités et un enseignement officiel par la faculté de médecine.

Le **chapitre 8** révèle les stratégies et les répertoires d'action des médecins qui ont investi dans le massage et la gymnastique médicale et veulent en conserver le contrôle. Ils se regroupent dans une société, la **Société de Kinésithérapie** qui cherche à convaincre le corps

médical du bien fondé de ces pratiques et sollicite un enseignement régulier à la Faculté de médecine. Devant la présence de professionnels masseurs possesseurs de diplômes délivrés par des écoles privées, le corps médical est contraint de se positionner ; il ne peut accepter le partage du monopole, sachant qu'un groupe de masseurs magnétiseurs professionnels proposent une alternative à l'art de guérir officiel. Les **chapitres 9 et 10** examinent les conditions et les enjeux des groupes professionnels en présence relatif à l'exercice du massage. Le débat porte sur l'existence des écoles de massage qui pose le problème de l'enseignement et de l'exercice d'une branche de la thérapeutique à des non médecins. Malgré la prise de position de la médecine officielle, les écoles dirigées par des médecins peuvent poursuivre leurs activités commerciales en toute indépendance. Cette liberté va permettre aux aveugles, groupe marqué par un malheur social et bien soutenu, de s'engager dans un métier dont l'organisation et la formation structurée, adaptées à leur handicap, vont en faire des représentants reconnus du métier de masseur.

Le **Chapitre 11** montre que, la *Société de Kinésithérapie* s'associe à celle **d'Electrothérapie** pour renforcer sa présence, faire le nombre et faire pression sur le monde médical savant et appuyer la demande d'enseignement à la faculté de médecine. On expose une tentative d'institutionnalisation d'une nouvelle spécialisation médicale élargie rassemblant tous les agents physiques, sous la dénomination de **physiothérapie**. La question de la spécialisation se pose, mais ni la kinésithérapie ni la physiothérapie ne s'inscrivent dans le processus des spécialisations médicales. Ce faisant, la kinésithérapie est fondue dans cet espace (**chapitre 12**) et se segmente en fonction des spécialités, puis s'efface sous la montée en puissance d'une nouvelle méthode diagnostique et thérapeutique qui mobilise le monde médical savant : **la radiothérapie et la radiologie**.

Les pratiques kinésithérapiques ne pouvant se renouveler ni se stabiliser, vont être débaptisées par la faculté. Sous la dénomination **cinésithérapie**, elle devient un nouvel enjeu dans le cadre du contrôle par les médecins de la médecine scolaire du contrôle de l'éducation physique scolaire.

Le massage et ses définitions

En 1863/1884

Une action d'une personne sur une autre exercée au moyen de manipulations¹

2000 décret d'actes

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 tissus².

1996

Toute **manœuvre** réalisée sur la peau, manuellement ou par l'intermédiaire d'appareillages autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe des tissus.³

1950

Un ensemble de **manipulations** physiologiquement raisonnées, exercées sur les téguments vivants sains ou pathologiques, dans un but hygiénique, esthétique ou thérapeutique⁴.

1948

Un ensemble des actions mécaniques appliquées sur les téguments dans un but hygiénique ou thérapeutique⁵

1947

Toute **manœuvre** manuelle ou mécanique, mobilisant de façon méthodique les tissus ou les segments pour des fins esthétique, sportive, hygiénique ou thérapeutique,

pratiquées dans le but de guérir une maladie ou de conserver la santé

cette dernière sur prescription médicale seulement⁶.

1941

Le massage n'est que l'art de susciter les réflexes superficiels et profonds avec l'intensité désirée et dans la zone convenable c'est un acte médical⁷ Art de susciter les réflexes superficiels et profonds avec l'intensité désirée et dans la zone convenable c'est un acte médical.

1937

Ensemble de **manipulations** exécutées avec la main ou avec des appareils dans un but hygiénique ou thérapeutique⁸.

1930

Le massage est une série de manipulations spéciales de caractère mécanique effectuées sur le malade dans le but de son traitement⁹

1927

Larousse médical illustré sous la direction du Dr Galtier-Boissière Ensemble d'actes mécaniques exercés sur divers points du corps avec les mains ou accessoirement avec des appareils dans un but thérapeutique ou hygiénique

1915

Masser une région du corps c'est pratiquer sur elle dans un sens thérapeutique une série de **manipulations** dont le vrai but varie avec la nature de l'affection qu'on se propose à traiter¹⁰

¹ ESTRADERE Loc. cit pp 14-17

² Décret n° 2000-577 du 27 juin modifiant celui du 8 octobre 1996.

³ Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels de masseur-kinésithérapeute

⁴ MARTIN G., Préface pour l'étude du massage scientifique 1950 V^{ème} Congrès international de kinésithérapie Compte rendu, Dumont imp. Paris Dans cet article on retrouvera plus d'une dizaine de définitions du massage.

⁵ NORDIN P., (1948) *Le massage* Baillière

⁶ Dr POGGIOLI membre du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, représentant de la Direction de l'enseignement Supérieur au ministère de l'Education Nationale. Conseil Supérieur de la Kinésithérapie du 11 Février 1947

⁷ BOIGEY M., (1941) *Hydrothérapie et massage* Masson, Paris

⁸ PICOT (1937) Rapport au 1^{er} Congrès international de massage 1937

⁹ GOMOLITSKY *Précis de massage et de gymnastique* 5^{ème} édition Maloine

¹⁰ BROUSSES J., (1914) *Manuel de massage* Masson

1914

**DICTIONNAIRE GARNIER DE DELAMARE
DICTIONNAIRE DES TERMES TECHNIQUES
DE MEDECINE 14EME EDITION**

Action de presser, de pétrir, de manipuler avec les mains une partie des masses musculaires ou d'un organe tel que l'estomac le cœur...

La **massologie** néologisme pour éviter toute confusion avec les frictions et désigner un art médical la science du massage.

1913

On entend par massage ou par kinésithérapie deux sortes d'opérations : un certain nombre de **manœuvres** effectuées par le masseur seul et qui constitue le massage proprement dit ; une série de mouvements exécutés par le masseur seul et qui et dont l'ensemble est désigné sous le nom de mobilisation¹

1913

Masser une partie du corps c'est pratiquer sur cette partie certaine **manipulation** à l'effet d'en modifier l'état physiologique².

1909

Dictionnaire illustré de médecine usuelle Larousse

Manœuvres faites sur le corps avec la main sèche ou enduite d'un corps gras, nue ou armée d'instruments particuliers dans le but d'entretenir la santé ou guérir des maladies

1909

Ensemble de **manipulations** ou de pratiques manuelles systématisées exécutées sur le corps humain dans un but thérapeutique³

1909

le massage signifie essentiellement les exercices de mobilisation dans un but de rééducateur avec les manœuvres de massage qui les préparent⁴

1902

Le massage est une **manipulation** systématisée d'après un mode scientifique employée dans le traitement d'un grand

nombre de maladies. Il ne peut se pratiquer sans connaissance de l'anatomie et de la physiologie⁵

1905

La kinésithérapie ou massothérapie consiste dans l'application, au traitement des maladies, du mouvement sous toutes ses formes⁶

1899

Ensemble de **manœuvres** comprenant des manipulations et mouvements actifs et passifs pratiqués sur une plusieurs parties du corps dans un but hygiénique ou thérapeutique pour entretenir ou rétablir le fonctionnement normal d'organes lésés ou non⁷

1899

Le traitement par le massage s'appelle massothérapie, palpation minutieuse et prolongée⁸

1891

Action de presser de pétrir avec les mains une partie du corps⁹.

1885

*On entend par massage un mode scientifique de traitement de certaines maladies par des **manipulations** systématisées¹⁰.*

1884

Le massage c'est pétrir les tissus¹¹

¹ **SOMEN V.**, (1913) *Mémento du massage, Paris médical* 1915 pp 97-103 *Partie paramédicale XVIII*

² **COLOMBANI L.**, (1913) *Le massage théorique et pratique* Amédée Legrand.

³ **DUREY L.**, (1913) *Massage* in Les Agents physiques Masson.

⁴ **DAGRON G.**, (1909) *Massage et manipulations* in, *Physiothérapie* tome 3.

⁵ **MARFORT J.E.**, (1902) *Traité théorique et pratique du Massage et de la Gymnastique médicale suédoise*, Vigot frères.

⁶ **MESNARD R.**, (1905) *Rapport sur l'exercice illégal de la massothérapie au Congrès sur l'exercice illégal de médecine à Paris* Compte rendu.

⁷ **FEGE J.**, (1899) *Le massage précoce dans les traumatismes* Thèse en médecine Asselin et Houzeau Paris

⁸ **FRUMERIE (de)** (1887) *Massage gynécologique méthode Thure Brandt* Vigot

⁹ **WEBER A.S.** (1891) *Traité de massothérapie*

¹⁰ **MURELL W.**, (1885) *La pratique du massage* Baillière

¹¹ **SCHREIBER J.**, (1884) *Traité pratique de massage et de gymnastique médicale* Doin, Paris

Extraits du compte rendu du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, Tomme XVI fasc. 123 pp 133-135 Réglementation de la profession de Masseur séance du jeudi 28 juin 1923

REGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE MASSEUR

Rapport présenté par M. le Docteur Paul BOUDIN au nom de la 2^e Section du Conseil Supérieur de l'Assistance publique

Par sa lettre du 17 mars dernier, (1923) M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a saisi le Conseil supérieur de l'Assistance publique de la question de savoir dans quelles mesures il est opportun de réglementer la profession de masseur.

1° LES MASSEURS SONT-ILS UTILES POUR LE BIEN PUBLIC ?

La physiothérapie, les traitements par agents physiques rendent de grands services pour le traitement des maladies et des accidents. Des docteurs en médecine se sont spécialisés dans cette branche de l'art de guérir. Mais beaucoup de praticiens n'ont pas le temps nécessaire pour faire de longues séances de massage chez certains de leurs malades ; aussi, confient-ils ce traitement à des auxiliaires qui travaillent sous leur direction et d'après leurs instructions. Ces auxiliaires doivent avoir acquis une certaine connaissance en anatomie, physiologie, en clinique élémentaire ; de même, ils doivent posséder une dextérité manuelle, une pratique spéciale.

Les documents que nous avons eu sous les yeux, dans le dossier qui nous a été confié, les visites que nous avons tenu à faire dans les écoles de massage, démontre que ceux qui entreprennent la mission de former des masseurs sont dans l'obligation de leur faire suivre des cours pratiques et théoriques de deux années environ. Il importe, en effet, que ces auxiliaires des médecins soient d'abord compétents pour les missions qui leur sont confiées par le docteur, soit comme massage, soit comme

doucheurs, baigneurs, aide en mécano-thérapie, photothérapie, radiothérapie, etc...

Il importe également qu'ils sachent bien ce qu'ils ne doivent pas faire : il existe, en effet, une tendance bien connue, chez beaucoup de personnes n'ayant qu'une vague teinture de médecine, à se croire autorisées à donner des conseils médicaux et à instituer même des traitements.

C'est pour cette raison que **la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris**, en date du 23 novembre 1922, et **le Syndicat des médecins de la Seine**, en date du 9 février 1923, consultés par M. le Ministre de l'Hygiène sur la question qui nous occupe, ont signalé le danger que ferait courir à la santé publique l'octroi d'un diplôme laissant supposer aux malades que les masseurs peuvent traiter les maladies sans être placés sous la direction immédiate d'un docteur en médecine.

Les cas ne sont pas rares, où un rebouteur, un masseur ont été la cause d'une amputation, par exemple, pour avoir intempestivement massé et mobilisé une tumeur blanche, ou arthrite tuberculeuse, dont le début était dû à un traumatisme.

2° UN TITRE OFFICIEL EST-IL NECESSAIRE ?

Les masseurs de profession ne veulent pas, à juste titre, être confondus avec les tenanciers de certaines officines de vente de produits de beauté, ou même de maisons de rendez-vous, qui emploient la rubrique « *massage spécial* » pour attirer certaine clientèle, grâce à la publicité des quotidiens. Un titre officiel, couronnant des études sérieuses, faites dans des écoles sérieuses, donnera toute sécurité, tant aux docteurs en médecine ayant recours à ces auxiliaires, qu'aux malades eux-mêmes. Cela permettra également aux syndicats de masseurs, légalement constitués, d'épurer la profession, en poursuivant l'exercice illégal ou la concurrence déloyale et illicite.

QUEL TITRE DONNER ?

En parcourant les programmes des écoles privées de massage, nous avons été frappés de la similitude des études avec celles organisées par le décret du 27 juin 1922, instituant le brevet de capacité des infirmiers professionnels. En second lieu, nous référant aux conclusions émises par la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris et par le Syndicat des médecins de la Seine, nous estimons qu'il n'est pas besoin de créer un titre spécial pour ces auxiliaires des médecins. Infirmiers, comme masseurs, sont placés dans la même situation juridique, par rapport aux malades, d'une part, aux médecins, de l'autre.

Le titre **d'infirmier-masseur ou d'infirmier en physiothérapie** nous paraît suffisant et prudent, en ce sens qu'il ne laissera pas supposer au public qu'un titre de chirurgien-masseur, ou de médecin-masseur, ou de masseur scientifique, peut donner à celui qui le porte un droit quelconque dans l'art de guérir.

Le législateur du 30 novembre 1892 a entendu que seuls auraient le droit de faire des diagnostics et d'indiquer des traitements ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. Et pour ne pas créer de confusion, le législateur a supprimé les officiers de santé. A l'heure actuelle, un courant se dessine en faveur de l'unification des diplômes de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste. Ce ne serait donc pas le moment de créer, pour les auxiliaires des médecins, un titre nouveau.

dispositions du décret du 27 juin 1922, en les ajoutant à l'énumération énoncée dans l'article 1^{er}, ou en les comprenant dans l'*etc.* qui suit cette énumération ;

2° les écoles, pour **être reconnues**, devraient se soumettre aux dispositions du dit décret ;

3° le titre serait celui **« d'infirmier en physiothérapie »**, comprenant les masseurs, les doucheurs, baigneurs, etc... qui actuellement sont employés dans les villes d'eaux et stations balnéaires et qui, pour répondre aux exigences de la clientèle, doivent posséder des connaissances pratiques et scientifiques suffisantes et réglementées.

Conclusions

En conséquence, nous proposons au Conseil supérieur de l'Assistance publique de répondre à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyances sociales, que :

1° **les masseurs et leurs écoles spéciales** doivent être rattachées aux

PREMIERE PARTIE

**Structuration et organisation de la médecine :
les conditions d'apparition d'un univers potentiel de
pratiques thérapeutiques**

Introduction_____p 85

CHAPITRE 1 – L'organisation de la médecine à la fin du 19^{ème} siècle

*Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des
« illégaux », formation des aides.*_____p 93

- 1.1. La genèse institutionnelle d'un monopole de 1803 à 1892
- 1.2. Emergence des spécialités médicales et recherche thérapeutique
- 1.3. Concurrence des « illégaux » et formation d'aides

CHAPITRE 2 – Le renouveau de la thérapeutique physique et manuelle

*Gymnastique, massage, acteurs et intérêts*_____p 126

- 2.1. L'hydrothérapie, la climatothérapie, le thermalisme, l'électrothérapie
- 2.2. Thérapeutique par le mouvement
- 2.3. Thérapeutique par les manipulations
- 2.4. Masseuse et masseur

Conclusion_____p 175

PREMIERE PARTIE

Structuration et organisation de la médecine : les conditions d'apparition d'un univers potentiel de pratiques thérapeutiques

Introduction

La loi 30 novembre 1892, aboutissement d'un processus séculaire que l'on décrira succinctement, institue le monopole de l'exercice médical qui accorde aux médecins **l'exclusivité de la santé, du malade et de la maladie**, centrée sur un savoir spécifique, spécialisé, acquis après une formation institutionnalisée et assurée par des représentants dominants de la profession. Cette période est marquée par une révolution conceptuelle, politique et institutionnelle de l'art de guérir où le transfert d'une médecine **« au chevet »** à une médecine **« à l'hôpital »**, va produire le développement du corps médical. Cette migration oblige le médecin à exposer ses savoirs devant un public d'initiés et à justifier ses choix, validés ou non par l'état de santé du patient. Il est demandé au praticien d'apporter des réponses chaque fois que des problèmes nécessitent son intervention. L'hôpital moderne et la médecine clinique développés avec les réformes voulues par la Révolution dans la **Constitution du 14 septembre 1791**¹ sont à l'origine de la genèse des savoirs des maladies. L'hôpital se transforme pour se spécialiser dans l'étude des maladies, chez les aliénés², les infectieux, les enfants, les scrofuleux, les contagieux, ... La clinique occupe la position dominante et s'accompagne d'une différenciation des institutions et des pratiques, avec la création des premières « spécialités » (huit chaires de clinique sont créées entre 1871 et 1901). Le savoir médical progresse³, la médecine s'affirme progressivement comme une science et non plus seulement comme un art⁴. L'apparition de la médecine expérimentale de laboratoire⁵, en dehors du malade, apporte à l'art de guérir des justifications pour soigner et prévenir les maladies et comprendre la structure et le fonctionnement du corps humain grâce au développement de la biologie, de la physiologie.

¹ Dans les dispositions fondamentales de la Constitution du 14 septembre 1791, il est précisé « qu'il sera créé et organisé un établissement général des secours public, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes . »

² DELAMARE J., DELAMARE-RICHE TH., (1990) *Le grand renfermement Histoire de l'hospice de Bicêtre 1617-1974* Maloine, Paris.

³ DARMON P., (1988) *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette et LEONARD J., (1988) *La France Médicale au 19^{ème} siècle* pp 10-11.

⁴ LEONARD J., (1977) *La vie quotidienne du médecin de province au 19^{ème} siècle*, Paris, Hachette.

⁵ La médecine de laboratoire fait son apparition en 1848 sous l'égide de L. PASTEUR et CL. BERNARD et de la Société de Biologie.

Dans ce même temps, les progrès techniques de l'asepsie, de l'antisepsie et de l'anesthésie conduisent certains médecins propagandistes zélés des doctrines pasteuriennes à se préoccuper de la réorganisation de la pratique médicale en particulier de la formation du personnel soignant. La nécessité d'un personnel instruit se fait donc ressentir : il faut réorganiser la pratique, encadrer et former les aides. On assiste à l'émergence de la formation d'*infirmières*,⁶ aides éclairées et formées sur le lieu de travail chargées d'aider et d'assister le médecin dans sa mission.

Ce siècle est ainsi **« le siècle de l'échec médical »**⁷, marqué d'un fort empirisme, où la supériorité thérapeutique de la médecine officielle sur les pratiques populaires et traditionnelles n'est pas encore démontrée : *« le choix pour le patient entre médecine populaire et médecine officielle a été durablement le choix entre deux impuissances »*⁸. La population, devant les imperfections de la médecine officielle, se tourne vers les guérisseurs car la population de cette époque **« refuse de faire coïncider le diplôme et la faculté de guérir »**⁹. L'inefficacité de la médecine laisse le champ libre aux concurrents du médecin, guérisseurs, membres de congrégations religieuses (féminines notamment), rebouteux et magnétiseurs. La loi de 1892 elle-même leur laisse des espaces libres disponibles pour des méthodes thérapeutiques (magnétisme « expérimental », massage magnétique, hypnotisme dont se réclameront, avec d'autres, une famille de magnétiseurs, **« les Durville »**, (masseur et rebouteur). Les imperfections de la législation (volontaires ou non) facilitent le redéploiement des pratiques anciennes et empiriques aux savoirs peu légitimés, comme les méthodes physiques.

La thérapeutique reste, pendant longtemps, le parent pauvre de la médecine : ce qui intéresse avant tout les médecins dominants, c'est la contribution à la science médicale de l'époque et en particulier à la classification des maladies. Les thérapeutiques médicales sont encore peu efficaces et la pauvreté de la pharmacopée qui n'est pas encore industrialisée ne permet pas de répondre à la demande sociale de soins, soutenue par celle des médecins praticiens et des étudiants en médecine qui, confrontés à la réalité, sont soucieux d'apporter des solutions thérapeutiques plus actives et d'augmenter les moyens curatifs.

⁶ Le mot d'infirmière représente une réfection (1398) d'après infirme de l'ancien français *enfermier* (1288) dérivé de *enferme* encore relevé au XVIII^{ème}. Le mot désigne comme l'ancien *enfermier* une personne qui soigne des malades sous la direction des médecins. Le Robert Dictionnaire historique de la Langue Française nouv. édition 1995.

⁷ BORSA S., MICHEL C.R., (1985) *La vie quotidienne des hôpitaux en France au 19^{ème} siècle*. Hachette, Paris. pp 117-118.

⁸ LEONARD J., (1992) *Médecins, Malades et Société dans la France au XIX^{ème} siècle*, Sciences en Situation Goudy-Hélio. *Les guérisseurs* pp 63-82.

⁹ LEONARD J., Loc. cit pp 63-64.

Le médecin de ville doit répondre à la clientèle **« Que faut-il faire ? Que faut-il espérer ? Que faut-il craindre ? »**¹⁰.

Les progrès réalisés suivent deux directions : l'une *rationnelle*, le traitement est appliqué en fonction d'une théorie étiopathogénique démontrée scientifiquement, l'autre *moins rigoureuse* s'appuie sur l'expérience clinique. On applique des types de traitement qui, sans se fonder sur des connaissances aussi précises et spécifiques, n'en donnent pas moins, dans de nombreux cas, des résultats cliniques appréciables. Le traitement proposé se fait alors au vue des effets observés empiriquement sur des malades, ce que condamne **Claude BERNARD** qui accuse les médecins de trop souvent **« baigner dans le psychomagique »**. La thérapeutique se fonde sur l'observation et la pratique quotidienne où la relation avec le malade est indispensable pour analyser et surveiller les effets des médicaments et des méthodes thérapeutiques proposées. On va progressivement juger le médecin sur le talent de combattre la maladie et non plus sur la science qui permet de la reconnaître.

La recherche de nouveaux traitements des maladies et des épidémies pour répondre à la demande sociale, mobilise la profession médicale en quête d'un élargissement des champs d'activité qui s'appuie sur une polarisation du service rendu : l'amélioration de la santé publique¹¹. La découverte du rôle joué par les microbes donne une justification scientifique à des pratiques prônées depuis des décennies mais qui n'avaient qu'un fondement empirique. Aux trois branches de l'art de guérir, médecine, chirurgie, pharmacie, va s'associer **l'hygiène**¹² **« science qui nous enseigne les moyens de conserver notre santé, d'éviter les maladies et de vivre le plus longtemps possible »**¹³. La microbiologie développée par les pastoriens va justifier et amplifier le mouvement hygiéniste. Cette révolution sanitaire a pour principaux acteurs des médecins et des chirurgiens qui vont introduire de nouveaux agents thérapeutiques dont certains agents physiques complétant **« l'arsenal thérapeutique »**¹⁴ en proposant de nouvelles ressources curatives. L'hygiène investit la vie quotidienne et entraîne l'émergence de nouveaux procédés médicaux et chirurgicaux. Le médecin va ainsi exercer son influence dans de très nombreux domaines, l'urbanisme, l'alimentation, la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, le cancer, les conditions de travail, l'école,

¹⁰ SAINT-GERMAIN (de) L.,A., (1883) *Leçons de chirurgie orthopédique*, Baillière Introduction pp 2-12.

¹¹ MURARD L., ZYLBERMAN P., (1996) *L'Hygiène dans la République : la santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Fayard. Paris.

¹² VIGARELLO G., (1985) *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le moyen âge*. Points histoire, Editions du Seuil. L'instauration du mot hygiène prend au 19ème siècle une importance primordiale. **« L'hygiène ce n'est plus l'adjectif qualifiant la santé, mais l'ensemble des dispositifs et des savoirs favorisant son entretien. C'est une discipline particulière au sein de la médecine »**. p 182-183.

¹³ AUBERT E., LAPRESTE A., (1895) *Cours élémentaire d'hygiène*, Paris. In Sport, éducation et art XIX-XXème siècles (1996) Editions du CTHS, ARNAUD P. *Education physique, sport et santé dans la société française, une France saine et régénérée (1870-1914)*.

¹⁴ *Journal de Physiothérapie* n°1 Mars 1903. Introduction.

l'éducation physique, la pratique du sport et de l'exercice et accroître responsabilités et champ d'activité. La découverte de l'anesthésie, de l'antisepsie, de l'asepsie, de la vaccinothérapie fait naître de nouveaux espoirs : les progrès suscitent aussi des exigences qui pèsent sur le médecin, notamment en pratique courante, conduisant à une diversification de la recherche des méthodes de thérapeutique, **« synthèse et conclusion de la médecine »**¹⁵.

Pour lutter contre les maladies et les épidémies, on assiste à des investigations dans la physiologie, notamment sur le milieu intérieur (Claude BERNARD) et du mouvement qui permet de l'utiliser pour la réadaptation des troubles de la commande motrice. La production de modèles mécaniques¹⁶ permet de justifier la prise en compte de la motricité, de la posture et une pédagogie¹⁷ du mouvement. Le développement des « *exercices corporels dans leurs modalités compétitives, pédagogiques, hygiéniques...qui prennent la forme de systèmes de pratiques rationnelles* », et « *des entrepreneurs d'orthopédie*¹⁸ et de *gymnastique corrective* »¹⁹, va contribuer à renforcer le corps sain et soutenir le corps malade étant entendu que « *santé, bien-être, moralité, régénération des races affaiblies...tout se tient* »²⁰.

Des médecins s'intéressent à la gymnastique et l'on assiste à la création de salles de gymnastique à visée orthopédique, hygiénique, médicale, hydrothérapique²¹, mais la gymnastique mobilise aussi le ministère de l'Instruction publique et les militaires. **La loi du 27 Janvier 1880 dite loi GEORGE**, sénateur et rapporteur quelques années plus tard de la *Commission de l'Education physique* en 1882 dirigée par **Paul BERT** (1833-1886)²², institue l'enseignement de la gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons dépendants de l'Etat. La gymnastique est à l'ordre du jour comme le souligne le Dr DALLY qui la place sur le terrain de l'hygiène et de la santé. Traitant du problème des cadres, il considère que si une école normale de gymnastique doit être créée, elle doit s'élever à côté de l'école de médecine²³. Les sociétés de sports et de gymnastique se développent et donnent chaque année des fêtes de plus en plus importantes où se confrontent des fédérations étrangères.

¹⁵ GILBERT A., CARNOT P., (1909) *Préface X à XII Bibliothèque de thérapeutique en 26 tomes 1^{ère} série Les Agents thérapeutiques*, Paris, Librairie Baillière.

¹⁶ MAREY E.J., (1894) *Le Mouvement*, Masson, Paris et *La machine animale, locomotion terrestre et aérienne*, Baillière Paris (1873).

¹⁷ VIGARELLO G., (1978) *Le Corps redressé*, Corps et culture, J.P. Delarge.

¹⁸ DEFRANCE J., (1987) *L'excellence corporelle la formation des activités physiques et sportives modernes 1770-1914*. Presse Universitaire de Rennes, Revue S.T.A.P.S. p 5.

¹⁹ "les médecins veulent partager le marché pour se réserver la gymnastique curative (thérapeutique) qu'ils théorisent...le contrôle des pratiques gymniques est en jeu" DEFRANCE loc. cit. p 78.

²⁰ ANDRIEU G., (1994) La gymnastique obligatoire à l'école ou l'application d'une morale revancharde in Sport, éducation et art.

²¹ DEFRANCE J., Loc.cit. pp 81-83.

²² Physiologiste et homme politique.

²³ ANDRIEU G., loc. cit. pp 20-27.

Les rivalités des différentes écoles pour se partager l'enseignement de la gymnastique provoquent la réunion d'une nouvelle *Commission ministérielle* présidée par le **Professeur J.E. MAREY** en 1887, chargée de réviser les manuels de gymnastique scolaire ; le rapporteur est **G. DEMENÏ** son préparateur.

Mais, si les diagnostics nosologiques s'affinent, le renouvellement de la thérapeutique est lent notamment celui de la pharmacopée. De nouveaux médicaments font certes leur apparition, calmants, stimulants, anesthésiques, mais on a recours à des prescriptions identiques pour des maladies différentes. Vis à vis d'un très grand nombre de maladies graves les médecins restent désemparés, un grand nombre d'entre elles ne bénéficient d'aucun traitement²⁴ : malgré les échecs on essaie tout ce qui est susceptible de guérir les maladies, les praticiens ne se découragent pas et expérimentent tout ce que l'empirisme propose. Les massages, les frictions sèches ou aromatiques, les douches froides, les bains sont utilisés depuis des millénaires et **« préconisés pour des maladies aussi différentes que les rhumatismes, la syphilis ou le diabète ! »**²⁵. Ces pratiques ont été abandonnées par les médecins aux profanes car vulgaires, fatigantes et indignes du corps médical.

Dans ce contexte, le **Dr DUJARDIN-BEAUMETZ**, médecin des hôpitaux, hygiéniste de renom, auteur d'un *Dictionnaire de la thérapeutique* en 1882, est un des premiers promoteurs du renouvellement de la thérapeutique **« qui se réveille du profond sommeil où elle était plongée »**. **« Devant la grandeur et la décadence des remèdes »** et la pauvreté de la pharmacopée, il propose une nouvelle vision de la thérapeutique qui ne consiste plus à passer uniquement en revue les différents médicaments qui constituent *la matière médicale*²⁶ mais aussi de surveiller et d'examiner leurs effets sur l'individu malade. L'étude est alors pratique, elle constitue pour le médecin de Cochin, **la clinique thérapeutique**. DUJARDIN-BEAUMETZ tente de créer une nouvelle spécialisation, hybridation de la prestigieuse **clinique médicale** représentée par quatre chaires à la faculté de médecine de Paris et de la **thérapeutique** considérée comme une matière théorique et accessoire. Il souhaite que la thérapeutique devienne une spécialité à part entière au même titre que la clinique, (étude des modifications qu'apportent les différents organismes à la marche des affections morbides) et que le médecin apprenne **« l'art de formuler »**²⁷. La thérapeutique est un moyen pour le médecin non seulement de créer et d'entretenir un tissu social mais aussi de

²⁴ **LA TOURETTE** (de) **G.**, (1898) *Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux*, Paris, Librairie Plon. Dans son introduction, l'auteur rapporte les termes d'une discussion avec un de ses collègues : « A quoi bon se creuser la tête à apprendre les maladies nerveuses, puisque dans la majorité des cas, il n'y a pas de traitement à leur opposer ».

²⁵ **BORSA S., MICHEL C., R.**, Loc. cit pp 116-121.

²⁶ *Thérapeutique et matière médicale* constitue une chaire théorique dont le titulaire est le Professeur Georges HAYEM de 1873 à 1893 qui deviendra professeur de clinique médicale ensuite.

²⁷ **DUJARDIN-BEAUMETZ G.**, (1885) *Leçons de clinique thérapeutique* Tome 1, 4^{ème} édition, Octave Doin.

renforcer progressivement son pouvoir, consolidé par le monopole de prescription et de direction du traitement des maladies que lui confère la Loi du 30 novembre 1892. Les professionnels de la médecine construisent ainsi une profession libérale.

Le médecin peut donc exercer son *talent* très librement, de manière individuelle et indépendante, sans contrôle, justifiant son opposition aux spécialités qui réduisent son champ d'activité, voire son autonomie, ce que la médecine hygiénique publique communautaire et expérimentale savante, ne peut proposer. La médecine reste dans ce cadre un art et une science, **«... une science par les connaissances qu'elle exige, un art par son application à l'être malade »**²⁸.

Cette approche ne peut s'appliquer à l'hôpital qui se prête mal à cette étude compte tenu de sa mission, elle ne permet pas notamment d'établir ce colloque singulier avec le malade. En ville, l'art de la médication est concurrencé par l'émergence des préparations pharmaceutiques spécialisées largement diffusée par les presse et les prospectus auxquelles le *«médecin malhabile à formuler»*, préfère recourir. La présence d'officines pharmaceutiques sur le marché risque non seulement de concurrencer le corps médical en proposant des préparations toutes faites mais aussi de détourner la clientèle qui peut s'adresser directement aux officines **« débitants de la drogue brevetée »**²⁹.

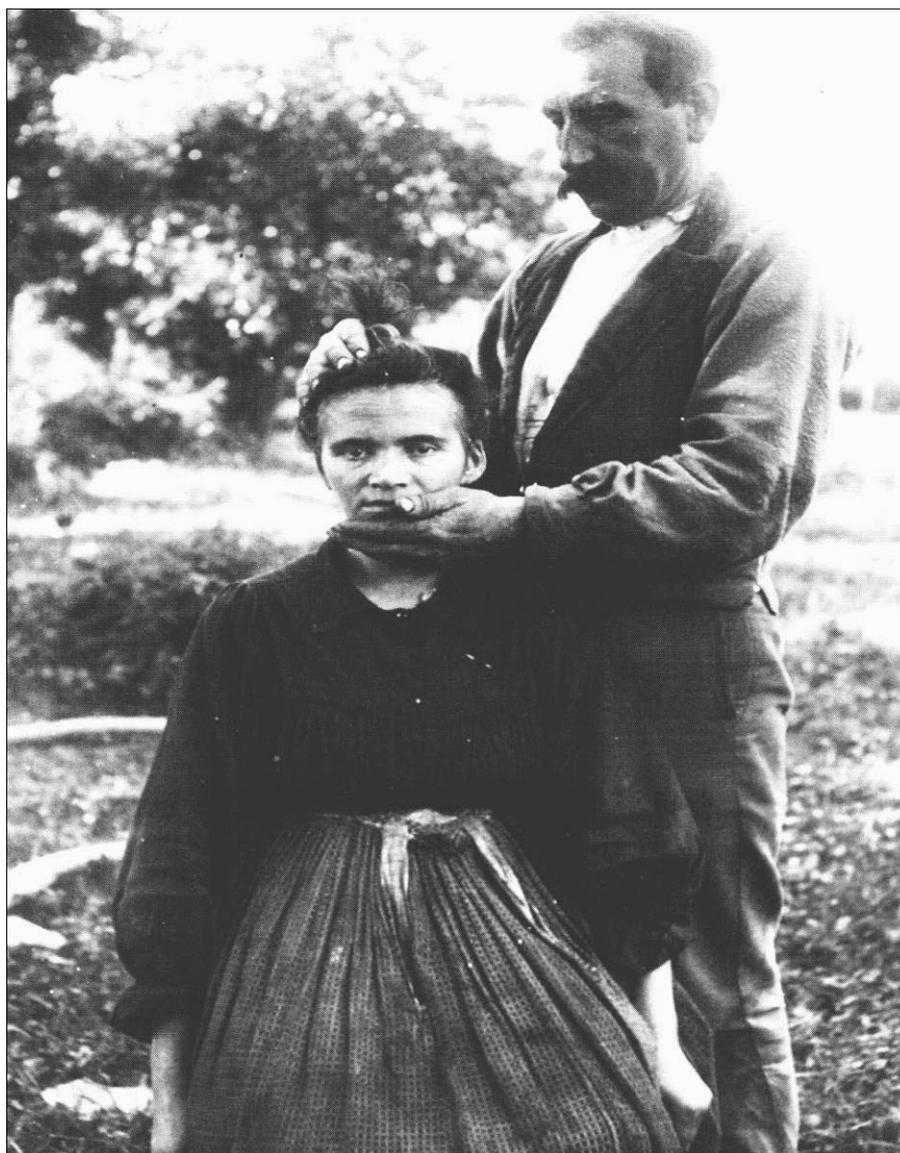
Dans cette mouvance, des médecins s'interrogent et s'investissent progressivement dans la recherche de nouveaux traitements dont les ressources ne sont pas exclusivement des moyens pharmaceutiques et qui n'échapperaient pas au pouvoir médical. D'autres agents peuvent donner des résultats parfois supérieurs et l'on va assister à l'élargissement du champ de la thérapeutique qui va avoir recours au massage et à l'exercice, aux agents physiques, bientôt relayée par les spécialités médicales émergentes qui elles aussi, vont avoir recours à ces méthodes physiques en les segmentant.

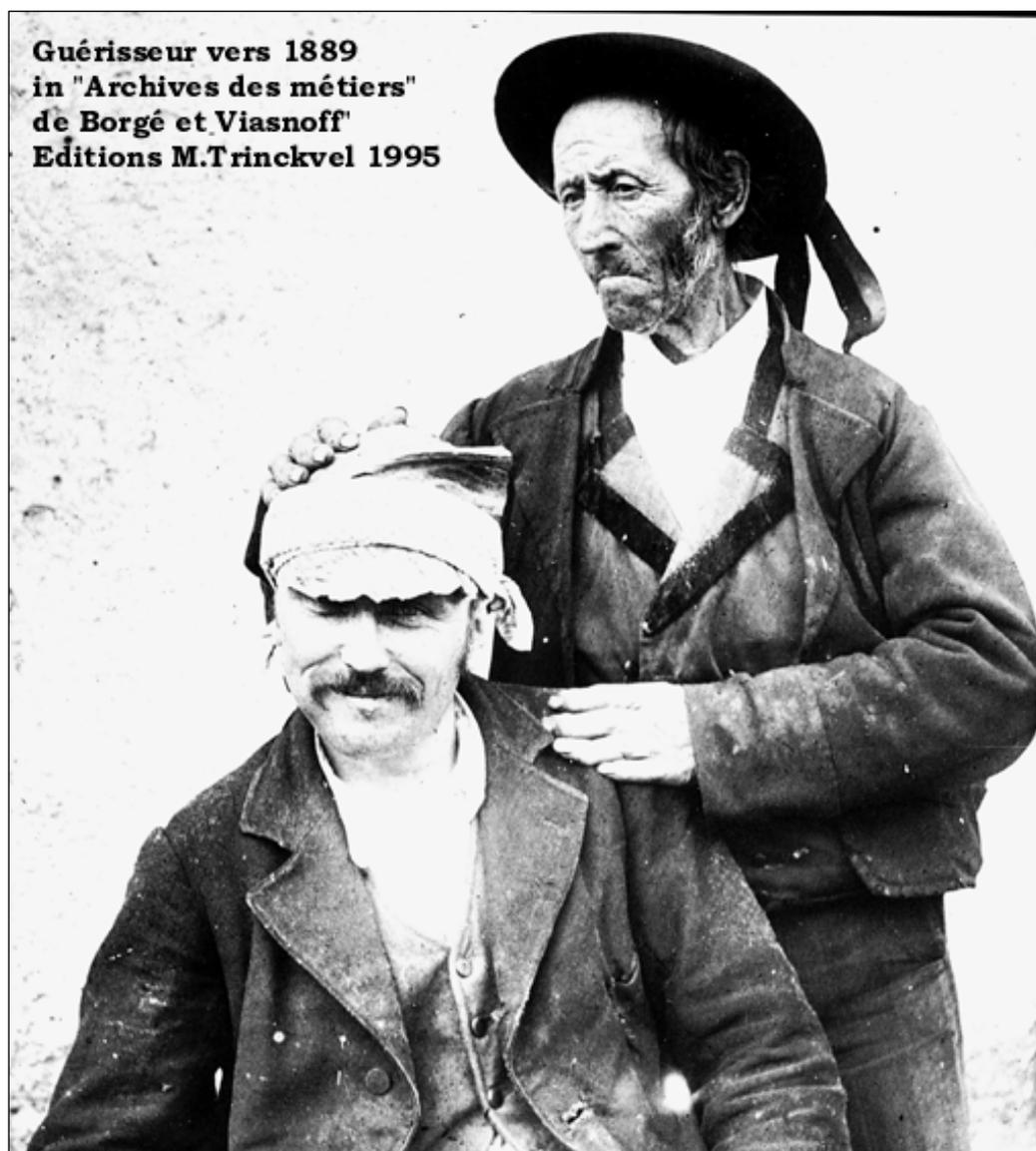
Dans cette première partie, avant d'aborder l'analyse de l'émergence et de l'échec d'une discipline médicale, nous décrivons, en mobilisant les travaux d'histoire et de sociologie disponibles sur le sujet, l'état institutionnel de la médecine à la fin du 19^e siècle, c'est-à-dire le contexte dans lequel va émerger l'utilisation du mouvement comme thérapeutique (chapitre 1). Puis, nous décrivons aussi les premières applications du massage et de la gymnastique au sein des institutions médicales françaises depuis la moitié du 19^e siècle environ et les caractéristiques « morales » et « physiques » que les promoteurs de ces techniques voudraient pouvoir exiger des praticiens ou leurs aides (chapitre 2).

²⁸ DUJARDIN-BEAUMETZ G loc. cit p 10.

²⁹ DUJARDIN-BEAUMETZ G loc. cit p 11.

Rebouteux, au début du siècle in « Histoire du reboutement » Ch. Trédaniel





CHAPITRE 1 – L'organisation de la médecine à la fin du 19^{ème} siècle *Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides*

Tout au long du 19^{ème} siècle, on assiste à une réorganisation de l'exercice médical ayant pour conséquence la conquête **« d'un monopole qui assure son recrutement et ménage son indépendance »**¹. Le groupe pour parvenir à cette situation, va tout au long de ce siècle, chercher à justifier la possession d'un savoir spécifique, spécialisé et abstrait acquis au terme d'un processus d'apprentissage long, dans des institutions placées à un niveau élevé de la hiérarchie sociale. La pratique de ces professionnels touchant des points vitaux de la vie biologique ou sociale, il est important que les patients soient assurés que le praticien auquel ils s'adressent, dispose de toute la connaissance disponible pour traiter son cas. La protection du public exige donc que ne puissent exercer la dite activité que ceux possédant un diplôme délivré par une école ou une faculté. Le corps médical obtient une place privilégiée dans la société grâce à des stratégies professionnelles et sociales appuyées par des relais politiques puissants tout au long de ce siècle².

1.1. - La genèse institutionnelle d'un monopole de 1803 à 1892

La suppression des Facultés de médecine et des Universités (15 septembre 1793)³, a eu pour conséquences de laisser place à des *« praticiens les plus ignares ; toutes sortes de chenapans sont recrutés après avoir répondu bien ou mal à quelques questions posées, non par un médecin, mais à partir d'un modèle type, par un conseiller municipal de leur village »*⁴. Le désordre a gagné de toute part, *« il s'est établi dans le domaine de l'art de guérir des hordes d'empiriques assiégeant les places dans les cités, elles se répandent dans les bourgs, dans les campagnes et portant partout désolation et effroi »*⁵.

¹ CHEVANDRIER A., médecin, député puis sénateur de la Drôme rapporteur de la Loi sur l'exercice de la médecine. Préface. *Les médecins et la Loi du 30 novembre 1892* R.ROLAND 1893, Paris.

² Le nombre des médecins élus à la députation de 1876 à 1914 dépasse les 11% en moyenne des élus, ils sont *« massivement républicains et parmi eux nombreux sont les radicaux mais infiniment plus rares les socialistes »*. GUILLAUME loc. cit. pp 75-78.

³ 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.

⁴ Séance du 16 ventôse an II. Déclaration de Michel-Agustin THOURET qui sera le premier directeur de l'école de santé de Paris s'exprimant sur le projet de loi relatif à la médecine.

⁵ Séance du 16 ventôse an II.

Les campagnes délaissées sont victimes de l'empirisme meurtrier et de l'ambitieuse ignorance des charlatans qui vendent des médicaments vicieux ou altérés. La question de l'art de guérir mobilise FOURCROY⁶ qui impose la fusion de la médecine et de la chirurgie deux branches de la même science « *les étudier séparément, c'est abandonner la théorie au délire de l'imagination et la pratique à la routine toujours aveugle* ». Critiquant les anciennes facultés qui « *oubliaient les sciences physiques et exactes, ignoraient l'expérience pratique au lit du malade et se terminaient par des examens trop faciles* », il crée, par le **Décret du 14 frimaire an III** (4 décembre 1794), des écoles de santé à Paris, Montpellier et Strasbourg, pour parer « **surtout aux besoins de guerre, en envoyant prendre rang dans le personnel médical des armées les jeunes gens qui, après trois années d'études, recevaient, à cause de leur destination, le titre d'officier de santé** »⁷. Ce décret ne règle pas tous les problèmes de l'exercice médical ni celui de la formation médicale : le nombre des écoles est insuffisant, rien n'est prévu pour la sélection des enseignants, ni pour l'obtention des diplômes d'étudiants. Satisfaire les besoins de la population et ceux de l'armée n'est pas chose facile « *tout en contrôlant les connaissances et évitant un corporatisme* »⁸. Mais, un principe fondamental est posé : **pour exercer la médecine, il faut avoir obtenu un diplôme** dans des conditions déterminées d'études et d'examens. Quelques années plus tard, en 1802 FOURCROY directeur de l'Instruction publique au ministère de l'Intérieur dirigé par CHAPTAL⁹, présente aux députés un projet de loi définitif relatif à la médecine et la chirurgie. A la tribune du Corps législatif il expose la situation de l'exercice de la médecine :

---..il n'y a plus de réceptions régulières de médecins et de chirurgiens. L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation. Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont point la moindre notion. Presque partout, on accorde des patentes également aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi. Aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée. Ceux qui étudient depuis sept ans dans les trois écoles de médecine instituées par la loi du 14 frimaire an III peuvent à peine faire constater les connaissances qu'ils ont acquises

⁶ FOURCROY de, A.F. (1755-1809) médecin et chimiste, professeur au Muséum, est la figure centrale de la reconstruction de la médecine française et de l'enseignement supérieur instituant l'Ecole centrale des travaux publics, la future Ecole Polytechnique. Il modifie l'enseignement médical qui s'appuie sur un apprentissage clinique à l'hôpital associée à une formation scientifique. Conseiller d'Etat sous le Consulat, il est chargé d'établir un rapport sur l'exercice de la médecine qui sera présenté au Corps législatif. Gabriel RICHET (1995) Fourcroy et son décret. Création de l'enseignement de la médecine moderne, clinique et biochimique. pp 41-45 In *L'Acte de naissance de la médecine moderne* de J. BERNARD et Coll. Collection Les empêcheurs de penser en rond..

⁷ Proposition de Loi CHEVANDRIER, séance du 25 novembre 1889, session 1889, *Historique*.

⁸ POIRIER J.P.(1995) Jean Antoine Chaptal et la création des écoles de santé, In *L'Acte de naissance de la médecine moderne* de J. BERNARD et coll. Collection les empêcheurs de penser en rond. pp 88-89.

⁹ Jean Antoine CHAPTAL (1756-1832) Médecin, chimiste, industriel, est successivement directeur de Poudres et Salpêtres à Paris, Conseiller d'Etat nommé par le premier Consul en 1799 : il participe à la réorganisation administrative du pays. Il est ensuite ministre de l'intérieur de Napoléon et démissionne le 5 août 1806.

et se distinguer des prétendus guérisseurs qu'on voit de toutes parts. Les campagnes et les villes sont également infestées de charlatans qui distribuent le poison et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. Les pratiques les plus meurtrières ont pris la place de l'art des accouchements. Des rebouteurs et des mégères impudents abusent du titre d'officier de santé pour couvrir leur ignorance et leur avidité...--

La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) réglemente 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 prescrits¹⁰ 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** : ils sont formés, - s'ils ne veulent pas étudier dans les écoles de médecine - par six années passées au contact d'un médecin praticien ou cinq années dans les hôpitaux civils ou militaires et jugés aptes par un jury départemental. Les officiers ne peuvent exercer que dans le département où ils ont été reçus et leurs attributions sont limitées ; les grandes opérations chirurgicales imposent la surveillance et l'inspection d'un docteur en médecine. « ..ils se borneront aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'art : ils porteront les premiers secours aux blessés, aux malades ; ils traiteront les affections les moins graves »¹¹. Une conception inégalitaire de la médecine prévaut pour les hommes du « commun qui proches de l'animal n'ont pas à être traités différemment que lui : les officiers de santé suffisent simplement »¹² les élites sociales à l'élite médicale. Cette dualité s'appuie sur une vision acceptée selon « **laquelle les gens du peuple menant une vie simple souffrent de maladies moins complexes que leurs concitoyens des villes et des élites** »¹³. Ce « second ordre de médecins »¹⁴ est destiné à traiter les maladies légères, à remédier aux accidents primitifs, ces membres peuvent pratiquer les branches les plus simples de l'art de guérir dans le département où ils sont reçus et surveillés dans l'exercice de leur profession par les docteurs. La création de ces deux catégories de médecins, met ainsi des « médecine de second ordre » à la disposition des gens du peuple, pour mieux soigner l'ensemble de la population.

Seuls les docteurs peuvent remplir les fonctions de médecin ou chirurgien juré appelé par les tribunaux, celles de médecins chefs de service dans les hospices ou être chargés par les autorités

¹⁰ Examens publics, deux seront nécessairement en Latin, la durée des études est portée à quatre ans.

¹¹ Proposition de Loi CHEVANDRIER séance du 25 novembre 1889 session 1889, *Historique*.

¹² **RICHET G.**, (1995) Fourcroy et son décret. Création de l'enseignement de la médecine moderne, clinique et biochimique. pp 41-45 In *L'Acte de naissance de la médecine moderne* de J.BERNARD et Coll. Collection Les empêcheurs de penser en rond.

¹³ **FAURE O.**, loc. cit. P 72-73.

¹⁴ Etudes historique et juridique sur l'organisation de la Profession Médicale et ses conditions d'exercice par R.ROLAND Extrait *des LOIS NOUVELLES*, Paris, 1893 pp 1-3.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

administratives de diverses missions de salubrité publique. Ils sont aussi les seuls à pouvoir porter bonnet doctoral et costume d'apparat¹⁵.

1.1.1. - Vers une profession établie

Si la loi consacre un marché au profit des médecins porteurs d'un diplôme conquis au prix d'études longues et coûteuses, fondé sur des motifs d'utilité générale, - **la santé de la population** -, elle, présente des lacunes aux yeux des représentants du corps médical. Pendant près de 90 années, ils vont chercher à convaincre les pouvoirs publics du bien-fondé de leurs revendications, d'auto-contrôle de la profession médicale. Les découvertes scientifiques et thérapeutiques dont ils sont les auteurs, les fonctions hospitalières et universitaires qu'ils assurent, la diminution des opérations militaires vont justifier leur demande. Pour constituer une réelle communauté, partager des identités et des intérêts spécifiques, monopoliser le savoir et le prestige, maintenir des revenus élevés, l'existence de **l'officier de santé ne peut perdurer**. Ces professionnels doivent s'intégrer dans le groupe des docteurs qui vont consolider l'organisation du travail, agrandir l'univers de leurs activités et contrôler les acteurs qui exercent une partie de l'art de guérir. Les représentants du corps médical au sein des pouvoirs publics attirent l'attention des représentants politiques sur la nécessité de réviser et de modifier les lois et les règlements sur l'exercice de la médecine. Les demandes de modifications de la loi portent aussi sur une meilleure protection des médecins nationaux contre les médecins étrangers¹⁶ et sur une répression plus efficace de l'exercice illégal.

Dès 1811, le baron **DUPUYTREN**, célèbre chirurgien, demande une modification de la loi et en particulier, la suppression de l'officiât. Le Conseil de l'Université, comme le Conseil d'Etat, la refusent en 1826 ainsi que la Chambre des députés, par une courte majorité ; l'Académie de médecine saisie en 1833, conclut dans le même sens. Au milieu du siècle, une Commission extra parlementaire chargée d'examiner la suppression de l'officiât, s'appuie sur les déclarations d'un congrès médical réuni à Paris en 1845, où 1.200 délégués représentant 7.000 médecins, examinent les questions relatives à l'exercice de la médecine et à son enseignement et déclarent qu'il est d'utilité publique de n'admettre qu'une seule catégorie de médecins. Un projet de suppression voté par une écrasante majorité à la Chambre des Pairs ne peut voir le jour : présenté à la Chambre des députés, il est emporté par la Révolution de février 1848.

¹⁵ Arrêté du 20 brumaire de l'an XII. « Robe noire et hermine, avec des devants de soie cramoisie, chausses cramoisies en soie bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de baptiste tombante, toque en soie cramoisie avec un galon d'or ».

¹⁶ « Quiconque peut se parer d'un diplôme de docteur conquis dans n'importe quelle université étrangère, à n'importe quelles conditions et obtenir le plus souvent, grâce aux recommandations et au favoritisme, le droit d'exercer en France » **ROLAND R.** Loc. cit. pp 9-13.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

Par ailleurs, la loi a négligé de réglementer les professions spéciales de la médecine et de la chirurgie notamment *l'art dentaire* dont les études restent souvent **« superficielles, orientées vers l'anecdote et l'évènement pittoresque »**¹⁷ Aussi, le cercle des dentistes, fonde lors de son assemblée du 25 mars 1880, les premières écoles dentaires établissements professionnels à caractère pratique¹⁸. Aussi, à l'occasion de son assemblée du 25 mars 1880, le cercle des dentistes fonde les premières écoles dentaires, établissements professionnels à caractère pratique. Les dentistes, pour lesquels aucun titre n'est exigé, usent des pratiques d'anesthésie locale et même générale que le corps médical considère dangereuses pour le public. Cela, justifie à ses yeux l'intégration de la dentisterie dans le giron de la médecine.

1.1.2. - Les conquêtes du corps médical

De 1883 à 1892 les deux chambres vont délibérer sur l'exercice médical. La proposition de loi du **Dr CHEVANDRIER**, déposée le 6 novembre 1883, ouvre un cycle de 10 années de discussions. Les propositions les plus importantes peuvent être classées sous quatre chefs comme le précise le rapport du **Comité consultatif d'hygiène publique de France**¹⁹ en 1889 :

- la suppression du grade d'officier de santé,
- l'établissement des conditions de l'exercice de la médecine par les médecins français et les médecins étrangers,
- la poursuite de l'exercice illégal,
- la réglementation des conditions d'études pour obtenir le droit d'exercice.

L'analyse des débats montre qu'ils sont essentiellement centrés sur la suppression ou le maintien du grade d'officier de santé ; deux tendances s'opposent. L'argumentaire s'appuie sur le constat d'une démographie décroissante du nombre de médecins et en particulier celui des officiers de santé dont la mission est d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes pour laquelle ils avaient été créés²⁰.

¹⁷ VIDAL F., (1995) La création d'une profession : la naissance de la profession de dentiste in Histoire de la médecine leçons méthodologiques sous la direction de Danielle GOUREVITCH, Aubin imprimeur Poitiers.

¹⁸ Ecole dentaire de France, 7 janvier 1884 qui prit le nom d'Ecole odontotechnique.

¹⁹ *Annexes*, session 1889, Documents parlementaires, p 36. Le professeur BROUARDEL est doyen de la faculté de médecine de Paris, il sera président de la commission chargée de l'examen sur la révision de la loi sur l'exercice de la médecine et commissaire du Gouvernement lorsque le projet de loi sera soumis au Sénat.

²⁰ Dans 2.000 communes les officiers assurent seuls le service médical, et dans 29.795 communes on constate l'absence de médecins, toutes catégories confondues

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

Deux courants s'affrontent :

1) Tout en constatant que ce n'est pas la modification de la loi qui permettra d'apporter le remède à une meilleure répartition des praticiens, certains médecins considèrent que la suppression des officiers de santé n'améliore pas l'assistance médicale dans les campagnes, aggravant les difficultés d'assurer le service de la santé publique. Aussi, la solution consiste-t-elle plutôt pour eux dans l'accroissement du territoire d'exercice à toute l'étendue de la circonscription de l'école de médecine (qui a dans son ressort plusieurs départements). Il permettrait d'assurer une meilleure répartition mais aussi de limiter l'affluence en ville où la clientèle s'annonce plus nombreuse et riche. La suppression des officiers risque de fermer la carrière de la médecine²¹ à toute une classe de familles impuissantes à s'imposer des dépenses lourdes et prolongées (artisans, petits commerçants, petits propriétaires agricoles, contremaîtres). De plus, c'est dans les régions industrielles à forte concentration de population, que se forme le plus grand nombre d'officiers de santé ; leur suppression risque d'avoir des conséquences directes sur la santé de ces populations. Enfin, le régime scolaire des officiers s'étant largement amélioré, depuis 1883, (l'inscription en première année est subordonnée à la possession du baccalauréat ou d'un certificat spécial de l'enseignement secondaire et la durée des études est portée à quatre ans), les officiers formés sous ce régime ne sauraient être accusés d'avoir fait des études insuffisantes.

2) A contrario, la répétition des demandes de suppression appuyées par la plupart des grands noms de la médecine et le nombre de pétitions déposées au bureau de la Chambre des députés, montrent l'impatience de ces médecins de se débarrasser d'une législation surannée²² : 510 médecins des deux ordres demandent l'unification des deux titres au seul profit du doctorat. La médecine moderne ne peut être exercée par des médecins dont la formation est différente (les docteurs ne peuvent pas évoquer ouvertement des différences de compétences pour éviter de s'attirer des commentaires sur le rôle essentiel des officiers). Les arguments ne manquent pas pour neutraliser la concurrence directe de l'officier de santé : permettre aux moins favorisés la possibilité de faire carrière en médecine. A cela, il est répondu qu'il est important de réaliser l'unité de grade, **« nulle égalité n'étant plus désirable ni plus démocratique que celle du malade devant la science, mais aussi celui de nouvelles obligations à l'égard de la société »**²³.

²¹ Annexe n°15, session 1889, Documents parlementaires, p 38.

²² Annexe n°99, session 1889, Documents parlementaires p 222.

²³ CHEVANDRIER A., loc. cit. pp V-VI.

Les demandes portent également sur une meilleure protection des médecins nationaux contre les médecins étrangers (« *quiconque peut se parer d'un diplôme de docteur conquis dans n'importe quelle université étrangère, à n'importe quelles conditions et obtenir le plus souvent, grâce aux recommandations et au favoritisme, le droit d'exercer en France* »²⁴), une répression plus efficace de l'exercice illégal, puis l'extension aux syndicats médicaux du bénéfice de la loi du 14 mars 1884.

1.1.3. - La Loi du 30 novembre 1892

Le rapport présenté par le Dr **CHEVANDRIER** lors de la séance du 11 juin 1892 précise que la nouvelle loi « *confère aux médecins seuls le droit d'exercer une profession dont la santé des citoyens et l'hygiène publique ont tout à attendre ou tout à craindre suivant qu'elle est aux mains de personnes munies ou dépourvues d'une instruction étendue* »²⁵ Elle règle la profession de chirurgien dentiste, de sage-femme, et l'exercice illégal. Les médecins acquièrent une position dominante qui s'établit « **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** »²⁶.

La loi du 30 novembre 1892, va cristalliser, après quelques défauts, la division du travail médical. 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* »²⁷. La deuxième moitié du 19^{ème} siècle est marquée plus particulièrement par le développement de la médecine expérimentale et de la clinique.

La loi applicable un an après sa promulgation, accorde aux médecins un vaste monopole qui va permettre à la profession :

- de différencier ses **associés collaborateurs**, minoritaires, soumis et contrôlés qui ne détiennent qu'une petite partie du capital médical (avec un diagnostic limité) : *le chirurgien-dentiste et la sage-femme*,

- de **supprimer l'officiat de santé** au nom d'une égalité démocratique de la médecine, de disqualifier les concurrents, les charlatans, « les escrocs », « les parasites de la santé » et autres extra-

²⁴ ROLAND R. loc. cit. pp 9-13.

²⁵ Annexe n° 2156 Session de 1892 pp 1187-1190.

²⁶ FAURE O., (1994) Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé in Pour l'Histoire de la Médecine autour de l'œuvre de Jacques Léonard, Presses Universitaires Rennes.

²⁷ FAURE O., loc. cit.

médicaux, de limiter l'exercice des médecins étrangers, en temps de pléthore médicale déclarée²⁸,

²⁸ **BROUARDEL P.**, (1898) *La responsabilité médicale*, Baillière, Paris.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

Reproduction de la page du Journal officiel du 1^{er} décembre 1892

Vingt-quatrième année. — N° 326. Le numéro : 15 centimes. Jeudi 1^{er} Décembre 1892.

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris et Départements : Un an, 40 fr. — 6 mois, 20 fr. — 3 mois, 10 fr. | On s'abonne : 1° à l'administration du journal par lettres affranchies ;
Les abonnements partent des 1^{er} et 16 de chaque mois | 2° aux bureaux de poste. — Le prix doit parvenir net à la caisse.

JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE | DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION | POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
aux renouvellements et réclamations | A PARIS, QUAI VOLTAIRE, N° 31 | AJOUTER SOIXANTE CENTIMES.

Le JOURNAL OFFICIEL (Loi du 28 décembre 1880) comprend cinq parties formant des fascicules séparés, chacun avec pagination spéciale. — 1° Journal officiel proprement dit : Actes officiels, Communications ministérielles, Résumé des séances du Parlement, Comptes rendus des Académies et Corps savants, Avis d'adjudication des Administrations publiques, Cours authentique de la Bourse, etc. — 2° Compte rendu in extenso des séances du Sénat. — 3° Annexes du Sénat : Projets de loi et Rapports des Commissions. — 4° Compte rendu in extenso des séances de la Chambre. — 5° Annexes de la Chambre : Projets de loi et Rapports des Commissions.

En vente

L'ADMINISTRATION DES JOURNAUX OFFICIELS :

LE TARIF GÉNÉRAL DES DOUANES

4 gros volumes in-4 à trois colonnes, sur beau papier.

Cette publication comprend l'ensemble des documents et des débats parlementaires, qui, soit à la Chambre des députés, soit au Sénat, ont précédé la loi de douanes, promulguée le 11 janvier 1892 ; ses projets de loi du Gouvernement, les rapports généraux, les rapports spéciaux, les tableaux, annexes, etc. ; les comptes rendus in extenso des débats à la Chambre et au Sénat, le texte de la loi, et enfin un tableau général alphabétique et analytique.

Prix de l'ouvrage complet : 40 francs.

Envoyer, en un mandat-poste, la somme nette à l'administration des *Journaux officiels*, 31, quai Voltaire.

SOMMAIRE DU 1^{er} DÉCEMBRE

PARTIE OFFICIELLE

Loi sur l'exercice de la médecine (page 5749).
— autorisant le département des Basses-Pyrénées à contracter un emprunt en vue de la conversion d'une partie de sa dette (page 5751).
— autorisant le département des Côtes-du-Nord à s'imposer extraordinairement pour les travaux des chemins vicinaux de grande communication et d'intérêt commun (page 5752).

Décrets convoquant les électeurs des cantons de Campagnac (Aveyron), de Saint-Jean-en-Royans (Drôme) et d'Auvillat (Tarn-et-Garonne), à l'effet de nommer des conseillers d'arrondissement (page 5752).
— portant nominations de receveurs particuliers des finances (page 5752).
— créant à la faculté des lettres de Lille une chaire de langue et littérature wallonnes et picardes, et nommant le professeur titulaire de cette chaire (page 5752).

Arrêtés nommant un officier de l'instruction publique et des officiers d'académie (page 5752).

Documents du ministère de la guerre :
Liste des élèves de l'école spéciale militaire auxquels des bourses, demi-bourses et des trousseaux ont été accordés (page 5752).

Documents du ministère de la marine et des colonies :
Décisions portant nominations à des commandements à la mer (page 5753).

PARTIE NON OFFICIELLE

Nouvelles et correspondances étrangères (page 5753).

Avis et communications. — Mesures sanitaires à l'étranger (page 5754).

Relevé des quantités de froment (grains et farines) importées et exportées du 1^{er} août au 15 novembre 1892 (page 5754).

Sénat. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 5754).

Chambre des députés. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 5755).

Académies et corps savants. — Académie des inscriptions et belles-lettres (page 5756).

Société de géographie de Paris (page 5756).

Informations (page 5758).

Avis d'adjudications des ministères, du département de la Seine et de la ville de Paris (page 5758).

Bourses et marchés (page 5759).

PARTIE OFFICIELLE

Paris, 30 Novembre 1892.

LOI sur l'exercice de la médecine.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Art. 1^{er}. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE III

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchemens que si elles sont munies d'un diplôme de 1^{re} ou de 2^e classe, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un arrêté pris après avis du conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1^{re} et de 2^e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pra-

- de **reconnaitre et d'unifier la formation** (suppression du doctorat en chirurgie et de l'officier de santé) la rendant plus scientifique avec un enseignement préparatoire aux études médicales institué dans les Facultés des sciences, de physique, chimie et sciences naturelles²⁹,

- de **s'entourer d'aides**, associés dévalorisés, dans une division du travail médical réglée par la profession dominante³⁰, qui vont assurer « les sales boulots »³¹, des domestiques, des manœuvres, de préférence des femmes car « soumises et obéissantes »³², et de délivrer brevets ou diplômes pour mieux contrôler leurs savoirs.

La profession médicale concentre les attributs de « l'idéal-type »³³ de la profession libérale. L'auto-contrôle de la profession est reconnu légalement et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales.

1.1.4. - Les interprétations et les failles de la Loi

Le corps médical maîtrise ainsi tous ceux qui tombent sous son autorité et délégitime les autres devenus des illégaux. Le corps médical conscient des conquêtes obtenues, la possibilité de former des syndicats³⁴, de pratiquer une lutte plus efficace contre la pratique de l'exercice illégal de la médecine³⁵. Des poursuites sont engagées contre toute personne qui, « non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ... prend part, **habituellement ou par une direction suivie, au traitement** des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la

²⁹ BROUARDEL P., loc. cit. pp 21-29.

³⁰ FREIDSON E., (1984) *La profession médicale*, Payot, Paris.

³¹ HUGHES E.C., (1951) *Studio the Nurse's Work* *American Journal of Nursing*, Vol 51, May 1951 in the *Sociological Eye. Selected Papers* New Brunswick, Transaction Books, 1984 (1971) pp. 311-315.

³² KNIEBIEH LER Y., et col. (1984) *Cornettes et blouses blanches*, Paris Hachette p 131.

³³ DUBAR C., TRIPIER P., (1998) *Sociologie des professions*, Armand Colin.

³⁴ DAMAMME D., *La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme* *Genèses*, 3 mars 1991, p 31-54.

³⁵ Les médecins grâce à la loi de 1892 bénéficient de la loi sur le syndicalisme de 1884. En ce qui concerne la création des syndicats, les pouvoirs publics craignaient, au moment où ils élaboraient la loi sur l'assistance médicale gratuite dans les campagnes, de se trouver en présence d'une coalition des syndicats mettant en échec l'action de l'Etat, des départements et des communes. Au Sénat, l'accord se fit en ajoutant à l'article 13 que l'action des syndicats médicaux formés pour la défense des intérêts professionnels ne pourrait atteindre l'Etat, les départements et les communes. Mais l'opposition fut des plus vives ; les médecins, ne devaient pas avoir le droit de se syndiquer, car les clients n'auraient pas l'autorité nécessaire pour lutter contre une telle puissance. « Ce qui semblait donner corps à cet argument, c'est que des pouvoirs tels que l'État, les départements, les communes, qui eux avaient toute l'autorité nécessaire pour engager la lutte, étaient mis par le gouvernement en dehors de l'action des syndicats ». M. LOUBET, alors Président du Conseil et dont le frère est médecin, connaissant les besoins du corps médical, argue que le but des médecins n'était pas de se syndiquer contre les malades, mais de fonder des Sociétés permettant d'établir entre les membres du corps médical des liens de confraternité, d'assistance et de secours et aussi d'exercer une action plus efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine. BROUARDEL Paul, (1900) *Exercice de la médecine et le Charlatanisme* pp 500 à 502. Baillière. Paris.

pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée »³⁶. Cet article va être l'objet d'interprétations et placé au cœur des premières procédures intentées par les syndicats de médecins contre les illégaux³⁷. Les magistrats n'entendent pas toujours la même définition du traitement des maladies laissant ainsi la possibilité à des non-médecins de poursuivre leurs activités. Les bandagistes, pédicures masseurs sont des professions qui ne sont pas visées par la loi de 1892 et entièrement libres. Pour les masseurs et les rebouteurs la **« question est plus délicate car la distinction entre masseurs et rebouteurs est fort difficile »**³⁸. Il en est de même pour les méthodes expérimentales qui ne sont pas assimilées à l'exercice illégal ; c'est le cas du magnétisme³⁹ et de l'hypnotisme. Les magnétiseurs⁴⁰ ont recours au magnétisme animal et aux pratiques qui s'y rattachent comme le massage magnétique, « les somnambules » à l'hypnotisme et à la suggestion⁴¹. Le rapporteur de la Loi sur l'exercice de la médecine, le Dr CHEVANDRIER, considère **« que le moment n'est pas venu d'enlever ces expériences aux profanes et de les confier uniquement au médecin »**. L'interdiction de ses méthodes à des non-médecins risque de porter atteinte à la liberté individuelle, cette position est défendue par le chef d'un groupe important de la gauche du Sénat⁴². Les sénateurs se montrent très prudents lorsqu'il s'agit de définir l'exercice illégal voire hostiles au corps médical. BROUARDEL rapporte qu'il est contraint de faire des concessions, sous la pression du chef d'un groupe important de la gauche⁴³ du Sénat qui menace de voter contre la Loi sur l'exercice de la médecine si l'on considère le magnétisme comme illégal : **« c'était la mort de la loi »**⁴⁴.

Les imperfections de la législation sont à l'origine du redéploiement de pratiques anciennes et empiriques aux savoirs peu légitimés ou en voie de développement. Le corps médical pouvait-il demander au législateur la suppression des pratiques populaires auxquelles le corps médical avait recours ? Les différents segments de la médecine à la recherche de nouveaux champs et d'une activité vont promouvoir ces pratiques et leurs différentes composantes. **Le massage** (et ses différentes techniques), **la gymnastique, la physiothérapie,**

³⁶ Article 16 Titre IV loi du 30 novembre 1892.

³⁷ Tribunal correctionnel de Paris 29 janvier 1893, Tribunal d'Angers le 4 juin 1897, Tribunal correctionnel de Paris 29 janvier 1893, Tribunal d'Angers le 4 juin 1897.

³⁸ Le rebouteur s'occupe généralement de redresser les membres luxés et de réduire les fractures. BROUARDEL loc. cit.

³⁹ Documents parlementaires, Chambre, Session 1892 p 1189 Débats parlementaires.

⁴⁰ (propriétés et action du fluide magnétique de certains individus sur certains sujets qu'ils mettent, au moyen de passes, sous la dépendance de leur volonté)

⁴¹ Etat psychique particulier dans lequel le sujet endormi obéit à toute les suggestions qui lui sont faites GILLES de la TOURETTE G., (1889) *Hypnotisme et états analogues* Baillière Paris. L'auteur estime qu'il existe à Paris à cette époque environ 500 cabinets de consultation de ce genre.

⁴² BROUARDEL P., *La profession médicale* loc. cit p 97.

⁴³ Nous ne savons pas de quel groupe de gauche qu'il s'agit.

⁴⁴ BROUARDEL P., (1903) *La profession médicale au commencement du XX^{ème} siècle* Baillière, Paris.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

l'hypnotisme, le magnétisme, dont les procédures sont différentes de celles des pratiques thérapeutiques légitimées - médicamenteuses ou chirurgicales – vont trouver place grâce au travail de nouveaux acteurs les uns, médecins ou extra médicaux (formés par ceux-ci ou improvisés), les autres, volontaires attirés par le don de soi, le mystère ou le merveilleux (Chapitre 6).

1.2. - Emergence des spécialités médicales et recherche thérapeutique

Les dernières années du second Empire sont marquées par un retard de la Faculté sur les réalités des sciences médicales développées à l'hôpital, facultés qui ne cèdent que lentement sur les questions de spécialités. C'est au début du 19^{ème} siècle que de nouvelles techniques et doctrines médicales ont surgi. La faculté de médecine de Paris mais surtout les hôpitaux attirent un grand nombre de médecins étrangers. La création de ***l'Académie de Médecine*** en 1820, du ***Comité consultatif d'hygiène publique*** en 1848 suivie de celle des ***Conseils et commissions d'hygiène publique*** et la publication de la loi de 1849 qui modifie la structure de *l'Assistance publique*, vont concourir à conforter le corps médical dans ses obligations et ses fonctions d'acteur et de régulateur de la vie publique et justifier l'omniprésence du médecin ***« acteur social protéiforme »***⁴⁵. Les maladies deviennent des affections localisées à divers organes et non plus des phénomènes généraux d'ordre humoral, elles vont être étudiées séparément ce qui permet l'émergence des spécialisations médicales. Le 19^{ème} siècle voit se développer des établissements destinés à accueillir des catégories particulières de malades. Le *Dictionnaire des sciences médicales* de 1817 indique la séparation de certains malades dans les hôpitaux *« les vénériens, les dartreux, les cancéreux, les épileptiques, les enfants les femmes en couche... »* car les hôpitaux spéciaux *« sont favorables à la guérison de leurs malades respectifs »*. Dans cette dynamique de séparation des groupes de malades, la Loi du 30 juin 1838 prévoit dans chaque département un établissement public destiné spécialement à recevoir et soigner des aliénés : en 1888 seuls 47 établissements de ce genre seront opérationnels. Autre catégorie particulière d'hospitalisés, les convalescents : ils doivent bénéficier dans les hôpitaux *« d'une salle spéciale dans un bâtiment séparé, le plus à portée possible du promenoir, ou bien une des salles les plus isolées et les plus salubres.. »*⁴⁶

⁴⁵ GUILLAUME P., (1996) *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)* Documentation française.

⁴⁶ BORSA S., et MICHEL C.R. (1985) *La vie quotidienne des hôpitaux en France au 19^{ème} siècle* Hachette pp 19-27.

L'établissement du Vésinet créé en 1855, destiné initialement à accueillir les blessés, est transformé en maison de convalescents pour les femmes en 1858 et celui de Vincennes inauguré en 1857 en sont les principaux exemples. Cette dynamique de ségrégation des maladies va se poursuivre tout au long du siècle ; c'est le cas de l'hôpital Broussais et de l'hôpital d'Aubervilliers pour les cholériques.

L'essor de la chirurgie⁴⁷ dans le dernier quart du siècle, lié au confort offert aux malades par l'anesthésie et la diffusion de l'antisepsie et l'asepsie pour traiter les plaies opératoires et les suites de couches en obstétrique, vient renforcer et accélérer cette segmentation. Le développement d'un matériel chirurgical spécifique aux interventions permet au chirurgien d'opérer sans toucher la plaie, il modifie le geste chirurgical donc de son apprentissage, source de spécialisation. En se développant, les procédés chirurgicaux exigent un travail organisé en équipe, le chirurgien a besoin de l'aide d'un personnel compétent au cours des interventions mais aussi pour les suites, appelant la formation d'un personnel spécialement formé. Le chirurgien travaille dans de meilleures conditions de confort. Mais la capacité thérapeutique ne s'affirme que dans quelques maladies, le médecin ne peut guérir qu'exceptionnellement.

Pour appréhender la montée en puissance de la recherche de nouveaux traitements, nous retracerons quelques éléments de la construction du champ médical qui vont aboutir à l'émergence des spécialités médicales⁴⁸.

1.2.1 - Caractéristiques du champ

Tout au long du 19^{ème} siècle, la construction du champ médical s'articule autour de trois pôles ; l'hygiène, la médecine expérimentale et le développement de la clinique.

1) Le **mouvement hygiéniste**, initié au XVIII^{ème} siècle sous l'impulsion notamment de la *Société royale de médecine* (1776-1778) met à l'étude des questions relatives à la santé et à l'hygiène publiques. Elle organise des collectes d'informations en s'appuyant sur les premières études statistiques tentant d'ébaucher des réponses aux facteurs des maladies et d'inventer une médecine des épidémies. Le regroupement de médecins et de revues spécialisées autour de l'hygiène (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1829) permet d'exposer travaux et constats qui incitent les Politiques à des

⁴⁷ TRÖHLER U., (1999) L'essor de la Chirurgie in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Tome 3, Seuil.

⁴⁸ En suivant ici la démonstration du Dr Patrice PINELL ; séminaire doctoral à l'IRESO-INSEERM., année 2001-2002.

réformes et à légiférer⁴⁹. L'hygiène est au centre des préoccupations des médecins et des actions publiques comme le montre la création de **l'Association française pour l'avancement des sciences** (1872)⁵⁰ qui ne recherche pas à promouvoir une science alternative mais une science appliquée. L'hygiène devient un élément fondateur de la santé publique soutenue par la **Société de médecine publique et d'Hygiène publique** fondée quelques années plus tard en 1877⁵¹. L'ensemble des acteurs, institutions, politiques, administrateurs, médecins et non médecins s'interroge, sur les conditions d'existence de la population, les épidémies, la situations des enfants, des personnes malades et indigentes, des travailleurs, plus généralement les rapports entre une population et son environnement. L'hygiène recouvre l'ensemble des principes et des pratiques tendant à améliorer la santé, elle devient « *une science politique exposant la santé du corps social* » (P. PINELL séminaire IRESCO) La découverte des microbes donne une justification scientifique à certaines des pratiques prônées depuis des décennies mais qui n'avaient qu'un fondement empirique. Aux trois branches de l'art de guérir, médecine, chirurgie, pharmacie, va se joindre l'hygiène⁵² « *science qui nous enseigne les moyens de conserver notre santé, d'éviter les maladies et de vivre le plus longtemps possible* »⁵³. La microbiologie développée par les pastoriens va justifier et amplifier le mouvement hygiéniste. L'hygiène investit la vie urbaine et entraîne l'émergence de nouveaux procédés médicaux et chirurgicaux. Le médecin va exercer son influence dans de très nombreux domaines, l'urbanisme, l'alimentation, la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, le cancer, les conditions de travail, l'école, l'éducation physique, la pratique du sport et de l'exercice et accroître ses responsabilités et son champ d'activité.

2) A cette médecine sociale et hygiénique, vient s'articuler la **médecine expérimentale** portée par Claude BERNARD⁵⁴ et ses successeurs. Elle représente le pôle d'une médecine qui cherche à objectiver en laboratoire les mécanismes des processus physiopathologiques, en dehors de l'hôpital et du malade. Une innovation épistémologique est introduite, les phénomènes observés doivent être impérativement reproduits pour être approuvés. L'expérimentation permet de comprendre le fonctionnement des organes, de leur physiologie, d'appréhender le milieu intérieur et

⁴⁹ Réglementation du travail des enfants en 1841 et Loi sur les logements insalubres en 1850.

⁵⁰ BOURDELAIS P., (2001) *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques* Belin, Paris.

⁵¹ MURARD L., ZYLBERMAN P., (1996) *L'Hygiène dans la République, La santé publique ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Fayard Paris.

⁵² VIGARELLO G., (1985) *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le moyen âge.*, Editions du Seuil Points histoire..

⁵³ AUBERT E., LAPRESTE A., (1995) *Cours élémentaire d'hygiène*, Paris. In Sport, éducation et art XIX-XXème siècles Editions du CTHS.

⁵⁴ BERNARD C., *L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Oeuvres immortelles, Les éditions du cheval ailé.

d'établir les règles biologiques, champ qui dépasse celui de la médecine. Le laboratoire s'ouvre à des personnels n'appartenant pas à la médecine notamment les chimistes, les physiciens. Ainsi naît la biochimie qui occupera une grande place dans les développements ultérieurs de la pensée médicale. Peu à peu des médecins prennent conscience de la nécessité de disposer de laboratoires spéciaux dotés d'instruments spéciaux. Les autres finissent par accepter le secours du laboratoire « *reconnaissant que cela allégeait sa tâche et réduisait sa propre responsabilité* »⁵⁵. A terme cette évolution réduira l'influence et la position privilégiée du clinicien pur.

3) **La clinique et la construction d'une science médicale**, est rendue possible grâce à l'hôpital qui devient un lieu d'observation, de production du savoir, et enfin d'enseignement et d'analyse du corps de l'indigent malade ; contrat tacite entre le corps objet⁵⁶ rendu possible grâce à la distance sociale entre le médecin et le misérable. On assiste au développement d'une *médecine anatomo-clinique*⁵⁷ qui classe les symptômes, met en relation les lésions tissulaires et les symptômes des maladies grâce à l'observation : les malades regroupés dans des mêmes lieux (Salpêtrière, Bicêtre, Enfants, Sainte-Anne, Saint-Louis, Broussais...). De nouvelles structures institutionnelles⁵⁸ s'organisent, répondant au traitement des différents groupes de malades qui prennent forme en un hôpital spécialisé. L'hôpital moderne et la médecine clinique développés avec les réformes voulues par la Révolution sont à l'origine de la genèse des savoirs des maladies en transformant la nature de l'hôpital, pour le spécialiser dans l'étude et le traitement des maladies : le traitement des aliénés⁵⁹, des infectieux, des enfants, des maladies de la peau, des contagieux, des maladies du système nerveux... La ségrégation des patients selon la pathologie est à l'origine de la grande majorité des établissements spécialisés où l'intervention de certaines techniques nécessite un matériel spécifique et complexe. Le savoir médical progresse, on assiste à une baisse de la mortalité et un allongement continu de l'espérance de vie⁶⁰.

L'émergence de certaines spécialités est liée à une technicité particulière nécessitant un apprentissage spécifique mais aussi ayant pour mission de répondre à des préoccupations morales. L'ouverture

⁵⁵ PREMUDA L., (1999) La naissance des spécialités In *Histoire de la Pensée médicale* Tome 3 sous la direction de M. GRMEK.

⁵⁶ LE BRETON D., (1993), *La Chaire à vif* Editions A.M. Métailé.

⁵⁷ FOUCAULT M., (1963) *Naissance de la clinique* PUF Paris.

⁵⁸ FAURE O., loc. cit, p 29.

⁵⁹ DELAMARE J., DELAMARE-RICHE TH., (1990) *Le grand renfermement Histoire de l'hospice de Bicêtre 1617-1974* Maloine, Paris.

⁶⁰ DARMON P., (1988) *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette et LEONARD J., (1988) *La France Médicale au 19^{ème} siècle* pp 10-11.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

de l'hôpital des Enfants en 1802 marque la volonté d'épargner aux enfants la promiscuité dangereuse des adultes dans des salles communes⁶¹. L'hôpital des Enfants malades par sa spécialisation va accélérer le développement des recherches et des pratiques de soins spécialisés pour les enfants et en particulier en orthopédie. La constitution d'un groupe particulier, les enfants porteurs de maladies spécifiques réunis dans des lieux qui leur sont réservés et organisés, contribue à l'émergence de spécialités. L'existence de ce groupe a pour conséquence un recrutement distinct de médecins qui concentrent leurs travaux et expérimentations sur le groupe concerné, le caractère propre de leur activité s'en trouvant ainsi renforcé. Sans en posséder le titre, ces praticiens ont la qualité de fait de spécialistes, mais ne bénéficient pas de la reconnaissance administrative de leur exercice de spécialité.

Amorcée dès le début du 19^{ème} siècle par quelques médecins hospitaliers qui souhaitent spécialiser leur pratique, la mise en place des spécialités médicales ne se matérialise que lentement et très progressivement à partir des années 1850 avec l'installation de cliniques d'enseignements spécialisés dans les hôpitaux de l'Assistance publique. Cette médecine spécialisée cherche à identifier, classer, définir les maladies sans appréhender l'étiologie ni le traitement. Les chefs de service hospitaliers sont recrutés par des concours hospitaliers hiérarchisés et très sélectif, ayant pour conséquence une domination de l'hôpital sur la Faculté, renforcée par le nombre croissants de chefs de service. En 1891, les hôpitaux de Paris disposent de 110 médecins (88 titulaires et 22 suppléants), de 58 chirurgiens (43 titulaires et 15 suppléants) de 11 accoucheurs (7 titulaires et 4 suppléants), les effectifs passent en 1902 à 124 médecins, 65 chirurgiens, 19 accoucheurs ; on note la présence de 2 oto-rhino-laryngologistes et 2 ophtalmologistes⁶².

Cette situation innovante est à la base de la production d'une **élite médicale**, composée de notables appartenant à la grande bourgeoisie. La position de chef de service procure notoriété et renommée lors de l'exercice libéral, les médecins des hôpitaux exercent en ville ce qui leur permet d'afficher un intérêt philanthropique en exerçant la direction de services hospitaliers peu rémunératrice à l'hôpital qui bénéficient comme en ville de l'excellence médicale. La production de ces savoirs pratiques aboutit à l'établissement de la science du diagnostic surpassant l'enseignement théorique de la faculté dont les étudiants se détournent à la recherche d'une formation utile. L'hôpital devient le premier centre d'enseignement au cours d'une période qui s'étend de 1880 à 1910 (cours assurés par les chefs de service non professeurs

⁶¹ Accueillir et soigner, l'AP-HP, 150 ans d'histoire (1999) La spécialisation des disciplines médicales pp 42- 47. Doin, Paris.

⁶² Tables alphabétiques des affaires traitées par le Conseil de Surveillance des hôpitaux.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

que l'administration des hôpitaux encourage) et le passage obligé pour entrer dans la carrière médicale dont l'internat représente le passeport pour acquérir une formation de qualité et bénéficier d'un enseignement de type compagnonnage, au chevet du malade sous la direction du « **maître** ».

1.2.2 - Enseignement des spécialités et enseignement libre

Le Dr GIRALDES, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades en 1869, préconise la voie de la spécialité « *celle du progrès* » à l'exemple de l'Allemagne et de l'Angleterre qui se sont engagées pour les spécialisations. D'après le *Mouvement médical* en 1866, on vient étudier à Paris la médecine et les sciences accessoires parce qu'en dehors de l'enseignement officiel dont « *nul se préoccupe* », on y trouve celui des hôpitaux. L'enseignement des spécialités s'effectue grâce aux médecins et chirurgiens des hôpitaux dispensateurs d'un enseignement libre⁶³ car la Faculté de médecine ne veut pas porter atteinte à l'encyclopédisme médical et l'Assistance publique est réticente à céder des services indispensables à l'enseignement pratique spécialisé malgré un engagement pour son enseignement. La division du travail, que représente la spécialisation médicale, n'est pas encore acceptée par le corps médical car elle est synonyme d'une réduction du champ d'activité et de clientèle. Les jeunes agrégés et certains professeurs donnent un enseignement, dit « *libre* », payant aux étudiants, aux internes et aux docteurs en dehors de la faculté. Organisé avec beaucoup d'efficacité, cet enseignement à la fois théorique et pratique, se déroule dans les laboratoires de l'Ecole pratique⁶⁴. La rémunération des enseignants est fonction de la notoriété et des savoir-faire du professeur. Enseignement libre et spécialités sont solidaires : les spécialités ne sont pas « *décrétées d'en haut, elles apparaissent sur le terrain, en fonction des nécessités pratiques et thérapeutiques* »⁶⁵. On est en présence d'« *une volonté nouvelle de guérir, fort étrangère aux cliniciens du début du siècle* »⁶⁶. C'est dans ce courant médical qui entend tenir compte de la réalité de la pratique, que s'exprime l'enseignement libre, indépendant de la Faculté et encouragé par l'administration de l'Assistance Publique. C'est le cas du professeur J. M. **CHARCOT** qui commence ses cours à l'hôpital où il unit science et ébauche de soin dans ses **Leçons du mardi à la Salpêtrière**. La création de la chaire de clinique des

⁶³ On compte plus de 100 cours privés dans les hôpitaux parisiens en 1853.

⁶⁴ C'est l'ensemble de locaux de la Faculté de médecine situés dans le 5^{ème} arrondissement de Paris qui comprend des salles de cours, d'enseignement pratique, des amphithéâtres qui vont être reconstruits à la fin du XIX^{ème} siècle.

⁶⁵ GAUCHET M., SWAIN G., (1997) *Le vrai Charcot, les chemins de l'imprévu* Calmann-lévy, Liberté de l'esprit

⁶⁶ « *De l'enseignement clinique. Nécessité des spécialités* » in *Le mouvement médical*, 1870, t. VIII, pp 164-166.

maladies du système nerveux (1882) consacre en fait l'initiative qu'il a eu dix sept années auparavant, « *le couronnement académique s'est borné à ratifier une situation acquise*⁶⁷ ».

L'évolution des connaissances scientifiques et la médicalisation de la population engagent des médecins dans la voie des spécialités. La spécialisation organise un espace socialement hiérarchisé⁶⁸ modifiant des profils de carrière et la position des médecins engagés dans ce processus. La tendance au développement des spécialités, tant médicales que chirurgicales est particulièrement marquée à Paris⁶⁹ mais qui ne représente que 12% du nombre total des médecins⁷⁰. En 1823, il existe **23 chaires** dont huit de clinique (4 de médecine, 4 de chirurgie, dont une d'accouchement). Il faut attendre la deuxième moitié du 19^{ème} siècle pour que l'on décide d'instituer des **cours officiels** de dermatologie, de vénéréologie, de psychiatrie, d'urologie, de pédiatrie et d'ophtalmologie même contre la volonté de la Faculté et que l'on assiste à la création de nouvelles chaires démontrant la trace des heurts et la résistance au sein de la profession. La clinique occupe une place privilégiée et prépondérante dans la construction du champ médical, dominant l'hygiène et la médecine expérimentale. Les chaires de clinique, à majorité chirurgicale, prennent le pas sur chaires théoriques. Le chirurgien, jadis auxiliaire du médecin, devient au 19^{ème} le représentant le plus glorieux du corps médical. L'établissement d'une typologie des maladies va générer des divisions, des segmentations matérialisées par la création de nouvelles spécialités médicales ; on assiste alors à un accroissement progressif du nombre des **chaires de cliniques** : clinique des maladies mentales (1877 **BALL**), des maladies des enfants (1878 **PARROT**), ophtalmologique (1888 **PANAS**), des maladies syphilitiques et cutanées (1879 **FOURNIER**), des maladies du système nerveux (1882 **CHARCOT**), obstétricale (1889 **PINARD**), des voies urinaires (1890 **GUYON**), thérapeutique (1896 **LANDOUZY**), clinique gynécologique (1901 **POZZI**), clinique des maladies des enfants (1901 **KIRMISSON**). La médecine anatomo-clinique ouvre la voie à des thérapeutiques plus efficaces en regard des maladies nouvellement identifiées.

⁶⁷ GAUCHET M., SWAIN G., loc., cit. pp 33-34.

⁶⁸ CHAUVENET A., (1978) *La spécialisation médicale et classement social Santé, Médecine et Sociologie* CNRS-INSERM pp 91-105.

⁶⁹ ACKERKNECHT Erwin H pp 207-230.

⁷⁰ ACKERKNECHT cite dans *La médecine hospitalière à Paris* la liste en 1845, des spécialités, dentistes, obstétriciens-gynécologues, psychiatres, orthopédistes, ophtalmologistes, urologues, vénérologues, dermatologues, pédiatres, otologistes en 1845.

1.2.3. - Autonomie ou unicité

La revendication scientifique des spécialités est au cœur des démarches et des débats **« d'autant qu'elle confère un statut »**⁷¹. Le motif scientifique est une argumentation de choix dominant en matière d'option professionnelle. Cette scientificité est présente dans tous les discours médicaux et les pratiques nouvelles, elle est le label pour leur accréditation. La médecine de pointe assure une renommée et constitue des réseaux de clientèles médicales et de malades. Les hôpitaux deviennent des lieux de soins de plus en plus sophistiqués et orientés vers une spécialisation, dont des médecins hospitaliers prônent le développement. La spécialisation présente cette division du travail grâce à laquelle le perfectionnement le plus grand est assuré à l'opérateur qui s'est exclusivement adonné à une fonction déterminée. On le conçoit sans difficulté dans le domaine de la chirurgie et l'obstétrique⁷² qui demande au même acteur l'établissement du diagnostic et l'exécution des traitements nécessitant un apprentissage de gestes spécifiques à l'aide d'instruments particuliers. Ces disciplines médico-chirurgicales vont bénéficier de cette division, favorisée par les progrès de l'asepsie, de l'antisepsie et de l'anesthésie et une demande sociale qui réclame des soins efficaces et éprouvés mais **« il est tout à fait impossible pour un praticien, si bien doué qu'il puisse être, d'embrasser toutes ces notions si multiples et de se livrer à leur étude avec un égal sens »**⁷³. Par contre, en médecine la notion de spécialité est plus conceptuelle et théorique, elle est liée à la connaissance des processus morbides des organes et de leur thérapeutique que le médecin *« généraliste »* est en droit de réclamer, s'appuyant sur des capacités intellectuelles qu'il peut acquérir en les étudiant. Les médecins de ville qui assurent **« les tâches les plus ingrates de la médecine populaire »**⁷⁴ accusent les spécialistes d'être à l'origine de leur misère. Le docteur de famille est contraint de s'effacer devant le spécialiste. La spécialisation devient une source d'oppositions, de conflits confraternels et de résistance de la part des médecins de terrain qui ne lui reconnaissent aucune supériorité. Le seul critère est une pratique *« spécialisée »* qui découle d'un libre choix et non d'une qualification universitaire. On comprend alors, les réserves du **Pr. BROUARDEL**⁷⁵ (1837-1906) doyen de la Faculté de médecine, artisan de la Loi de 1892, qui constate avec regret, que les spécialistes se développent et demandent à être reconnus aux risques de perdre l'homogénéité d'exercice si fortement réclamée. La profession médicale est devenue **« une et indivisible »**⁷⁶

⁷¹ CHAUVENET A., loc. cit. pp 91-105.

⁷² HUGUET F., (1991) *Les Professeurs de la Faculté de médecine de Paris*, Editions du Cnrs INP.

⁷³ BERNE G., (1899) *Le massage*, Baillière, Paris.

⁷⁴ GUILLAUME P., loc. cit pp 134-135.

⁷⁵ BROUARDEL P., loc. cit p 28.

⁷⁶ GAUCHET M., SWAIN G., loc. cit. pp 24-25.

après un siècle de luttes pour obtenir un statut unique et l'on assiste dès sa réalisation, à l'émergence d'une segmentation des pratiques médicales qui s'appuie sur le développement et l'affinement des connaissances. Le champ médical se développe en se divisant.

1.2.4. - La thérapeutique, synthèse des trois médecines

L'histoire du traitement médical montre que dans la plupart des cas, les progrès ont suivi à plus ou moins court terme l'avancée des connaissances sur l'étiologie et la pathogenèse des maladies. Les stratégies thérapeutiques se sont modifiées en fonction de :

- **l'essor de la pharmacodynamie et de la pharmacologie** expérimentale. En pleine évolution à la fin du 19^{ème} siècle, sous tendue par la connaissance de la physique et la de chimie, la pharmacopée n'est pas suffisamment fiable et validée pour que les praticiens de ville, puissent l'appliquer dans le traitement des maladies dont un grand nombre d'entre elles reste encore inconnu,

- **de la transmission des nouveaux savoirs médicaux** et pharmaceutiques assurée par une formation bicéphale, hospitalière qui reste réservée à une élite (internat) et la faculté de médecine qui ne transmet que des savoirs théoriques ce que regrettent les étudiants.

Ne pouvant reproduire chez des animaux, des maladies artificielles, les médecins ne peuvent, sur eux, connaître l'action des médicaments. Le recours à certaines substances entraîne souvent plus de désordres chez le patient que le rétablissement de la santé ; une véritable «*toxicologie expérimentale*» se substitue à **une thérapeutique expérimentale**. Le concept est alors de présumer que «*ce n'est pas elle (la thérapeutique expérimentale) qui décide du sort du médicament, c'est l'action sur l'homme malade et son influence sur la marche de la maladie qui peuvent seules faire juger de la valeur du remède*» (DUJARDIN-BEAUMETZ 1885). Le caractère empirique de la démarche, exige une connaissance des réactions du patient pour adapter la *médication*, c'est-à-dire manier et associer les médicaments.

Des médecins s'interrogent et s'investissent progressivement dans la recherche de nouveaux traitements dont les ressources ne sont pas exclusivement les moyens pharmaceutiques et qui n'échapperaient pas au pouvoir médical ; d'autres agents peuvent donner des résultats parfois supérieurs et l'on va assister à l'élargissement du champ de la thérapeutique et de ses méthodes.

Dans ce processus de construction, la thérapeutique est une hybridation des trois prototypes de médecine abordés précédemment : on parle alors **d'hygiène thérapeutique, de clinique thérapeutique et de thérapeutique expérimentale**. Elle offre au

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

médecin un plus large éventail de méthodes de soins et consolide sa position comme dispensateur unique d'un plus grand nombre de méthodes thérapeutiques ; le médecin devient le médiateur en proposant à son client le traitement chirurgical, médicamenteux ou hygiénique.

En proposant d'introduire en thérapeutique des méthodes différentes alternatives, (agents physiques, diététique, hygiène alimentaire) des médecins tentent d'organiser la thérapeutique et par conséquent des activités professionnelles d'une manière qui peut les distinguer des autres membres de la profession.

La recherche de traitements se développe et prend forme dans des « conditions de travail institutionnel et dans leurs relations avec d'autres segments et occupations »⁷⁷. On se situe alors dans l'analyse des groupes professionnels dans laquelle l'approche interactionniste développée par **BUCHER et SRAUSS** (1961) notamment pour la profession médicale, montre que cette profession est sans cesse en mouvement, constituée « d'amalgames lâches de segments poursuivant des objectifs différents ...sous une dénomination commune à une période spécifique de l'histoire ».

Dans cette mouvance, les réfractaires opposent aux partisans des spécialités un argumentaire déontologique et économique. Si le nombre des spécialistes augmente et peut être bénéfique au point de vue technique, cet accroissement est considéré comme « perfide du côté déontologique » car près des spécialistes on voit apparaître « **une multitude de professions paramédicales qui nuisent à la bonne renommée de la médecine et se parant de titres quasi scientifiques permettent à certains aventuriers d'agir contre tous nos (les médecins) intérêts moraux et matériels** »⁷⁸. Cet avertissement a d'autant de portée qu'il existe de très nombreux concurrents aux médecins en ville.

1.3. - Concurrence des « illégaux » et formation d'aides

Les pratiques médicales sont marquées tout au long du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème}, d'un fort empirisme où la supériorité thérapeutique de la médecine officielle sur les pratiques populaires et traditionnelles, n'est pas encore démontrée car elles n'inspirent pas confiance⁷⁹. « **Le choix pour le patient entre médecine populaire et médecine officielle**

⁷⁷ **BASZANGER I.**, (1990) Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur, R. franç. Sociol., XXXI, 1990, 257-282

⁷⁸ **DAGRON G.**, De la nécessité de s'opposer à l'exercice illégal du massage et de gymnastique médicale Revue de Cinésie, Société de kinésithérapie, 4^{ème} année, 20 mars 1902 n°3 pp 54-68. Le Dr Dagron développe la théorie du traitement des fractures par le massage décrites par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIERE dont il est l'assistant.

⁷⁹ **LEONARD J.**, (1978) *La France médicale au 19^{ème} siècle* Archives Gallimard.

Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides

a été durablement le choix entre deux impuissances »⁸⁰. C'est un peu ce qui désole Claude BERNARD qui trouve que la médecine n'est pas assez scientifique et technique à son gré et demeure empirique, expectante et opportuniste ; il reproche aux praticiens « de se gargariser de leur flair et de se comporter en guérisseurs »⁸¹.

La population, devant les imperfections de la médecine officielle, se tourne vers les guérisseurs car la population de cette époque **« refuse de faire coïncider le diplôme et la faculté de guérir »**⁸². Certains patients se tournent vers le clergé et ses saints guérisseurs, les religieuses congréganistes, d'autres vers les pharmaciens, les herboristes... tous jouent dans le domaine de la santé un rôle considérable. Au-delà des congrégations de gardes-malades, la plupart des petites communautés dispersées dans les campagnes veille des malades, distribue des médicaments et bien souvent aide les médecins. Les gens du peuple ont recours aux guérisseurs car ils sont en général du même milieu qu'eux et qu'ils soignent la personne tout entière, s'adressant même davantage à son psychisme et à son imagination qu'à son corps. Ils pratiquent souvent cette « cure d'âme », suscitant les confidences, calmant les angoisses, cultivant le « colloque singulier ».

Les médecins ne sont appelés en consultation que par une fraction réduite de la population qui préfère faire appel aux guérisseurs notamment à la campagne. Le médecin se place alors dans le champ d'une forme de **« guérissage »** occupé par un très grand nombre de profanes et d'empiriques, de « guérisseurs » concurrents redoutables. Nous n'étudierons pas les relations complexes entre les médecins et les guérisseurs qui « servent involontairement de fourriers à la médicalisation » (LEONARD 1981). Le corps médical a recours à des méthodes empiriques et dans certaines situations à des non médecins pour assurer des soins.

1.3.1. - Une concurrence sur différents fronts

Le médecin praticien est confronté à la concurrence des empiriques, l'une condamnée et poursuivie timidement par les tribunaux lorsqu'elle empiète sur le monopole médical et les intérêts matériels des médecins, les autres acceptés tacitement et utile quand elle est prescrite.

⁸⁰ LEONARD J., (1992) *Médecins, Malades et Société dans la France au XIXème siècle*, Sciences en Situation Goudy-Hélio. *Les guérisseurs* pp 63-82. Dans ce chapitre LEONARD pose la question de la signification du mot guérisseur. Dans le peuple, ce n'est pas le titre, c'est la réussite qui fait la différence. L'auteur nuance l'opposition entre médecine populaire et médecine savante.

⁸¹ LEONARD J., loc. cit. pp 63-82.

⁸² LEONARD J., loc. cit pp 63-64.

- **des charlatans, « des forbans de la médecine »** usurpent le titre de médecin, prescrivent des produits chimiques, des saignées, l'utilisation d'herbes, imitant les pratiques des médecins⁸³, ils exploitent la crédulité publique. Les campagnes particulièrement délaissées sont victimes de l'empirisme meurtrier et de l'*ambitieuse ignorance* de ces charlatans qui vendent des médicaments vicieux ou altérés. Des médecins ont tendance à confondre tous les guérisseurs ou concurrents illégaux et à les maintenir dans la clandestinité, d'autres appartenant à l'élite, inquiets des méfaits des guérisseurs préfèrent l'absence de soins à ceux de leurs concurrents. Il faut rappeler que **la loi de 1803**, punit plus l'infraction de l'usurpation de titre de médecin que l'infraction d'exercice illégal et que beaucoup de médecins en dehors de *médecins sérieux, académiciens, professeurs* collaborent avec leurs concurrents en déléguant des soins, pansements, ventouses, surveillance des prises de médications, réduction de fractures...Les pratiques dormantes **d'hypnotisme et de magnétisme**, depuis le début du siècle, sont ravivées avec les études engagées sur l'hystérie et les conceptions mesmériennes du magnétisme animal⁸⁴, vont à nouveau se propager et être source par la présence d'écoles d'application et de recherche⁸⁵ et de sociétés savantes (*Société magnétique de France* 1886 héritière de la tradition des magnétiseurs) de conflits avec le corps médical pour la défense d'une médecine différente. La législation laisse libre cours au déploiement de pratiques anciennes et empiriques aux savoirs peu légitimés ou en voie de développement. Le massage dont l'exercice est libre, *l'hypnotisme et le magnétisme*, dont les procédures sont différentes de celles des thérapeutiques communes, médicamenteuses ou chirurgicales vont se développer grâce à la présence d'un groupe d'acteurs hétérogènes ; les uns, médecins ou extra médicaux improvisés ou formés par eux, les autres, des volontaires attirés par le don de soi, le mystère, le merveilleux, ou la sympathie ; la science médicale ne peut, à l'époque, tout justifier et répondre à toutes les interrogations. La loi de novembre 1892, va renforcer les moyens de poursuivre les illégaux et donner aux médecins la possibilité de créer des syndicats pour défendre leurs intérêts

- **des guérisseurs** apportent leurs compétences comme les **rebouteurs**⁸⁶, **rhabilleurs** ou **renouveurs**⁸⁷ et aux **souffleurs d'entorse**⁸⁸, les

⁸³ FAURE O., (1994) Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé. in *Pour l'Histoire de la médecine Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*. Presses Universitaires de Rennes.

⁸⁴ CHARCOT J.M., (1890) Œuvres complètes Tome IX *Hémorragies et ramollissement du cerveau. Métallothérapie et hypnotisme. Electrothérapie*.

⁸⁵ THUILLIER J., (1993) *Monsieur Charcot de la Salpêtrière*. Robert Laffont, Paris. pp 249-250.

⁸⁶ *Rebouter*, remettre un os, un membre à sa place c'est-à-dire « bout à bout » par des procédés empiriques. En sont dérivés reboutement et rebouteux (1896) variante rurale de rebouteur qui s'est imposée dans le langage courant pour désigner la personne qui fait métier de guérir les fractures et foulées sans être médecin. LE ROBERT *Dictionnaire historique de la langue française* sous la direction de Alain Rey (1995).

masseurs, les **bandagistes**, les **ventouseurs**, collaborateurs occasionnels du médecin, (infirmières et personnel religieux), dont l'activité débouche sur l'exercice illégal de la médecine. Certains médecins présentent le rebouteur comme particulièrement dangereux car il se ne contente pas de faire « **quelques grimaces ou quelques passes plus ou moins savantes sur les régions malades** »⁸⁹, il pratique le redressement des membres, la réduction des fractures et des luxations. Pour le Professeur BROUARDEL, Doyen de la Faculté de médecine de Paris,⁹⁰ l'activité du rebouteur, « *dont la témérité est toujours en raison directe de l'ignorance* »⁹¹, représente le type même de l'exercice illégal de la médecine et tombe sous le coup de la Loi de 1892⁹². L'ignorance des principes d'hygiène et d'anatomie, « *leur [les rebouteurs] font estropier cent fois plus de gens qu'ils n'en guérissent* ».

A la campagne des relations complexes se sont tissées notamment entre médecine populaire et médecine savante où les médecins délèguent à des bonnes volontés, le soin de faire des pansements et l'application de certaines méthodes de traitement.

- **Les rebouteurs**⁹³ ont une place importante dans le champ de la thérapeutique, auxquels reviennent les soins en traumatologie, exercent à la campagne comme en ville. En 1528, le roi **François I^{er}** avait un **rhabilleur ou renoueur** attitré qui avait pour mission de rhabiller une partie rompue, ou luxée ou séparée. Henri IV se contentait d'un seul renoueur ; mais Louis XIII en entretenait trois. Ils étaient également trois sous Louis XIV. Les rebouteurs n'avaient pas le rang de chirurgien, les statuts octroyés aux chirurgiens en 1699 interdirent aux « bailleurs et renoueurs » d'exercer avant d'avoir subi une épreuve. En 1786, la maison médicale de Louis XVI comptait outre des médecins et des chirurgiens, quatre renoueurs. Alfred FRANFLIN (1894) dans *La vie d'autrefois, variétés chirurgicales*, rappelle la synonymie des termes de renoueurs, rhabilleurs, remetteurs, rebouteurs et bailleurs. La famille de **BAILLEUL**, d'où sortirent d'éminents magistrats,

⁸⁷ Les anciens règlements contenus dans les statuts de la communauté des chirurgiens de Paris, approuvés par lettres patentes de septembre 1699, imposaient aux oculistes, renoueurs d'os et lithotomistes, l'obligation de passer des examens sur la partie spéciale de la chirurgie à laquelle ils se destinaient. *Les médecins et la Loi du 30 novembre 1892* R.ROLAND Extrait des Lois nouvelles 1893.

⁸⁸ **LEONARD J.**, Loc.cit. p 63. Les rebouteurs, rhabilleurs, et renoueurs sont des empiriques qui apportent leurs concours au traitement des traumatismes comme les fractures, les luxations, les entorses. Le rebouteur n'est pas un produit uniquement français, les allemands ont leurs « *pfuscher* » et les anglais les « *bonesetters* ».

⁸⁹ **BROUARDEL P.**, loc. cit. p 508.

⁹⁰ Commissaire du gouvernement aux Assemblées lors des travaux préparatoires sur la Loi sur l'exercice de la médecine, il est professeur de médecine légale, titulaire de la chaire de 1879 à 1906 et doyen de la Faculté de médecine de 1887 à 1901.

⁹¹ **ROLAND R.**, loc. cit. p 47.

⁹² **BROUARDEL P** (1903) *La profession médicale au commencement du XX^{ème} siècle* Baillière.

⁹³ **GUERMONPREZ F.**, (1905) Recherches historiques sur les fluctuations dans la part faite au massage et à la mobilisation pendant le traitement des fractures des membres, Paris.

passait pour avoir reçu du ciel le don de remettre les os disloqués et rompus...et de leur nom, on appelle tous les remetteurs, des bailleurs. Le premier de ses membres se nommait Jean DE BAILLEUL, il fut aumônier de Henri II, Michel DE BAILLEUL, chancelier d'Anne d'Autriche.

Les rebouteurs exécutent la réduction des luxations fractures et entorses et ont dans la société française du 19^{ème} siècle **« une influence tellement puissante et naturelle qu'il paraît incongru d'appeler sur eux les foudres de la Loi »** (J.LEONARD). Les cantons de France ont tous au 19^{ème} siècle *« leurs rebouteux qui exécutent les manipulations dont l'efficacité fait merveille sur les fractures, les entorses, les tours de reins, les accidents des ligaments et des muscles »*. *« Ils mettent en pratique tous les jours cet agent thérapeutique dont les effets sont vraiment merveilleux »*. L'étude des auxiliaires et des rivaux des médecins⁹⁴ a permis d'infirmer le discours médical et d'éclairer les voies de la médicalisation. La plupart des études insiste plutôt *« sur les parentés et les complémentarités entre les différents arts de guérir plutôt que sur leurs différences et leurs incompatibilités »* (O. FAURE).

Autour de la médecine, des **« auréoles paramédicales »** (J. LEONARD) attirent des vocations dont la Loi ne vérifie pas les connaissances : dentistes, masseurs, renoueurs, magnétiseurs, bandagistes, orthopédistes...

On assiste à la constitution et au renforcement des savoirs qui a pour conséquence la médicalisation de la vie quotidienne et sociale. Pourtant les médecins ne sont appelés que par une fraction de la population et ont recours à des aides pour soigner les malades, c'est le cas des rebouteurs mais aussi des masseurs qui utilisent si besoin est les procédés des rebouteurs.

- **Les pratiques de massage** associées à l'hydrothérapie pratiquées dans les stations thermales depuis 1850 pour le traitement de nombreuses maladies n'ont pas encore pénétré l'univers médical. Ces méthodes, en ville ou à la campagne ont été abandonnées à des *médicastres*, **des masseurs professionnels** à des *« athlètes et aux rebouteurs »*⁹⁵ ou aux infirmiers et garçons de salle à l'hôpital. Les manipulations corporelles sont considérées comme indignes de la profession médicale en raison de leur apparente simplicité et de leur vulgarité. Ces pratiques sont utilisées dans les hammams pour l'hygiène, dans les services d'hydrothérapie et de bains et dans certains établissements à la mode en particulier à Paris que les gens du monde fréquentent, pour le confort et la toilette. Ces pratiques sont employées depuis de nombreuses années, par des extra-médicaux pour le traitement de certaines maladies et en particulier de certains traumatismes. *« La thérapeutique n'utilisant plus que les*

⁹⁴ FAURE O., in *Pour l'Histoire de la médecine autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, PUR, Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé. pp 59-69.

⁹⁵ GILBERT et CARNOT loc. cit. p 1.

drogues, ce que les médecins dédaignèrent (le massage), d'autres s'en emparèrent profitant ainsi de l'expérience de leurs ancêtres »⁹⁶.

Cependant on constate que dans les grandes villes, les masseurs pratiquent leur exercice à des fins hygiéniques ou de confort, reçoivent aussi des clients adressés par le médecin⁹⁷, de la même manière, les gymnastes appliquent l'exercice dans le cas d'insuffisance physique.

Dans les hôpitaux les pratiques sont confiées à des « **infirmiers,** » ou « **doucheurs** » qui sont des hommes, le massage ayant une connotation péjorative, synonyme de prostitution. Les imperfections de la médecine officielle et la répugnance du corps médical à appliquer lui-même les manipulations, laissent le champ libre aux « *empiriques et guérisseurs* » qui obtiennent des résultats.

Ces pratiques éclatées, centrées sur le corps et exécutées par ces *guérisseurs* dont la dénomination change en fonction du lieu de l'exercice, le masseur en ville, le rebouteux à la campagne, le garçon de salle à l'hôpital, contribuent à leur conférer une légitimité sociale. Cette légitimité sociale, profane⁹⁸ est un des éléments dans la démarche d'intéressement des médecins ou des chirurgiens praticiens en quête d'un renouvellement des thérapeutiques liées au développement des spécialisations. Ils vont être amenés à développer une application rationnelle et « **scientifique** » du massage et à l'expérimenter pour tenter de leur conférer une légitimité. Les procédés de massage se sont développés plus rapidement à l'étranger qu'en France, notamment en Suède dont l'influence est forte, en Allemagne, en Autriche malgré un promoteur français le **Dr ESTRADERE**⁹⁹, qui dès 1863 en a montré l'intérêt : ils n'introduisent dans l'organisme aucune substance toxique, ne nécessitent pas le recours à d'autres acteurs de santé, le pharmacien ou le chirurgien, permettent d'établir le diagnostic et de traiter en « *direct* » le malade. La rénovation de ces pratiques corporelles, montre que la main est

⁹⁶ 1^{er} Congrès International de Physiothérapie Liège 1905. L'empirisme en physiothérapie et les mesures à prendre pour les combattre. De MUNTER Rapport et Compte rendu pp 1-12.

⁹⁷ LIEVRE L., (1905) *Massage et Masseurs*, Henry Paulin, Paris. Le **Dr O. JENNINGS** évoque dans son ouvrage *Le Bain Turco-Romain*, le travail du professeur ROSTAN de la faculté de médecine de Paris, dans son *Traité sur l'hygiène et la médecine, bains russes et orientaux à l'usage des gens du monde* (1836) qui insiste sur les bienfaits du hammam, véritable temple d'Esculape.

⁹⁸ ARBORIO A.M., (1996) Savoir profane et expertise sociale, les aides soignantes dans l'institution hospitalière, *Genèses*, 22 Mars 96, pp 82-106.

⁹⁹ Le Dr Jean **ESTRADERE** médecin thermaliste dont la thèse en médecine en 1863 *Du massage, son historique, ses manipulations Delahaye* devient la référence dans le domaine, cite dans son travail, les principaux promoteurs du massage. En France, Elleaume, Rizet, Quesnoy, Phelippeau, Millet, Chancerel, Dailly, Laisné, Jomard ; en Belgique, Van Lair, Fontaine, Nycander ; en Allemagne, Metzger, Ricking, Schreiber, Rosander, Ulrich, Berghmann ; en Russie, Bergling, Klemm, Gassner, Wagner ; en Suède, Thure-Brand, Norstrom ; en Angleterre, Granville et en Amérique, Reeves, Jockson, Post-Graham. Dans cette énumération, certains précurseurs ne sont pas médecins comme le français Napoléon Laisné, professeur de gymnastique et Thure-Brandt, officier gymnaste suédois, créateur d'une méthode de massage gynécologique

dotée de « pouvoirs » qui jusque là lui étaient contestés ou réservés aux empiriques, aux clandestins de la médecine et aux charlatans.

Les mains qui *touchent, frictionnent, pressent, soulagent, imposent, suggèrent, hypnotisent, magnétisent*, deviennent des outils efficaces pour guérir des maladies et soulager des malades. Mais ces procédés imposent **une part active du praticien** à la mise en œuvre de la thérapeutique¹⁰⁰ qui est contraire aux habitudes du corps médical et vont aboutir à la formation d'aides et de personnels soignants pour les activités en contact avec les malades dans les hôpitaux.

1.3.2. - La formation d'aides

La réorganisation des hôpitaux et hospices, des bureaux de bienfaisance¹⁰¹ sous l'impulsion du nouveau **Conseil d'Assistance Publique** à partir de 1888¹⁰², devient la pierre angulaire du système d'assistance (1893)¹⁰³ qui favorise l'essor de la médecine sociale et clinique. La mutation des hôpitaux, de lieux d'hébergement en établissements de soins, va modifier l'exercice de la médecine. Pour répondre aux nouveaux besoins et nouvelles demandes et garantir un fonctionnement satisfaisant des hôpitaux et hospices, la direction de l'assistance publique doit mettre en place pour une nouvelle distribution des soins, des modalités de recrutement et l'organisation du personnel secondaire des établissements hospitaliers dont l'instruction technique fait l'objet de sérieuses critiques. Il est donc urgent que le personnel soit compétent pour assister, auprès des malades, les médecins et les chirurgiens : le personnel doit être compétent pour les chirurgiens et pas pour les malades.

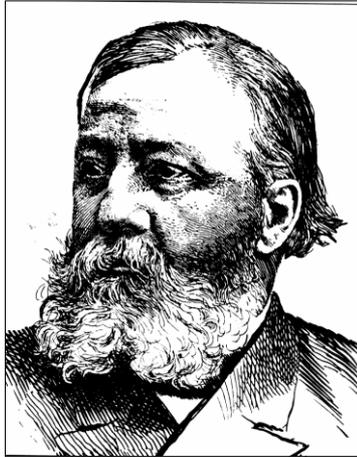
¹⁰⁰ Au Moyen Age, l'Université médiévale n'inclut aucun des arts mécaniques, sauf la médecine, et encore, dans sa version la moins manuelle, la plus spéculative, celle qui exclut la chirurgie. Les facultés avaient une grande importance sociale et intellectuelle, à condition que leur enseignement soit assez théorique et qu'il n'incluse jamais d'apprentissages manuels, car ce sont là des conduites d'esclaves. Le Christianisme réprouve les soins du corps qu'il estime inconvenants. Ceux-ci sont abandonnés et les moines médecins trouvent les incantations et les oraisons plus convenables que le massage et la gymnastique qui tombent dans l'oubli : l'hygiène, les bains et les thermes furent détruits, les soins du corps regardés comme un luxe inutile. Tout au plus la médecine populaire en sauve-t-elle quelques bribes. La thérapeutique manuelle et mécanique devient la proie des charlatans et des rebouteurs.

¹⁰¹ **BEC C.**, (1996) *Assistance et République*, Seuil, Paris.

¹⁰² Sous l'impulsion de Charles **FLOQUET** est instauré en 1888 le *Conseil Supérieur d'Assistance Publique* chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. Il sera chargé de créer des écoles d'infirmières et de proposer un programme d'études.

¹⁰³ Loi sur l'*Assistance médicale gratuite* du 15 juillet 1893.

Le Dr Désir Magloire Bourneville 1840-1909 (de Bourneville à la Sclérose tubéreuse
(Poirier, Signoret J.L.)



Conseil Supérieur de l'Assistance publique c 2390 T XVIII tome VIII 1897 fac 64 p 7

40 [fasc. 64.] RECRUTEMENT DU PERSONNEL SECONDAIRE

NOTE

SUR LE RECRUTEMENT ET L'ORGANISATION

DU PERSONNEL SECONDAIRE DES HÔPITAUX A PARIS.

C'est en 1878 qu'a commencé dans les établissements dépendant de l'administration de l'assistance publique, à Paris, la substitution d'un personnel laïque au personnel congréganiste; elle s'est continuée jusqu'au mois de novembre 1892, date de la laïcisation de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Actuellement, tous les établissements relevant de l'administration hospitalière parisienne sont laïcisés, à l'exception de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Saint-Louis, enfin de quelques hospices désignés sous le nom de *Fondations* qui doivent, d'après les volontés exprimées impérativement par les fondateurs, être desservis à perpétuité par un personnel congréganiste; les maisons fondées tout récemment avec le montant des libéralités de M^{me} veuve Boucicaut se trouvent dans ce dernier cas.

Voici, d'ailleurs, quelle est, à ce point de vue, la situation de chacun des établissements de l'assistance publique de Paris.

ÉTABLISSEMENTS DESSERVIS PAR DES RELIGIEUSES.

Hôtel-Dieu. — Hôpital Saint-Louis. — Hôpital Boucicaut. — *Fondations*: La Roche-Guyon. — Brézin. — Chardon-Lagache. — Galignani. — Fortin et Debrousse.

ÉTABLISSEMENTS LAÏCISÉS.

Hôpitaux: Pitié. — Charité. — Saint-Antoine. — Necker. — Cochin. — Beaujon. — Lariboisière. — Tenon. — Broca. — Enfants-Malades. — Forges. — Trousseau. — Berck-sur-Mer.

Hospices: Ivry. — Ménages. — La Rochefoucauld. — Devillas. — Ribouté-Vitalis. — Enfants-assistés.

ÉTABLISSEMENTS QUI ONT TOUJOURS ÉTÉ DESSERVIS PAR UN PERSONNEL LAÏQUE.

Hôpitaux: Laënnec. — Bichat. — Andral. — Broussais. — Aubervilliers. — Bastion 29. — Hérold. — Ricord. — Maison d'accouchement. — Maternité Baudelocque. — Clinique d'accouchement. — Maison de santé.

Hospices: Bicêtre. — Salpêtrière. — Brévannes. — Sainte-Périne. — Rossini. — Dheur-Hartmann.

Les fonctions des religieuses étaient en général et sont encore, dans les hôpitaux non laïcisés, analogues à celles que remplissent actuellement les

L'exemple est l'Angleterre : **Florence NIGHTINGALE**¹⁰⁴ (1823-1910), a créé les écoles d'infirmières dès 1867, comprenant un enseignement théorique, scientifique et pratique destiné à des femmes qui voulaient se placer comme infirmière. Les candidates sont nourries et logées dans un bâtiment en dehors de l'hôpital, sont sous la responsabilité d'une « *sister* » (surveillante), la « *superintendanting sister* » (surveillante chef) est responsable de l'instruction. L'ensemble du personnel est sous tutelle d'une *matrone* qui dirige les infirmières et souvent l'hôpital. Après un an de formation, elles sont inscrites sur un registre rappelant qu'elles ont eu un avis favorable pour l'exercice de leur métier et peuvent être ainsi employées.

Depuis 1878, grâce au **Dr BOURNEVILLE**, (page de gauche) dans quatre écoles¹⁰⁵ : **Salpêtrière, Bicêtre, Pitié, Lariboisière**, huit cours sont donnés. A la fin de chaque année scolaire, on décerne un diplôme ou un certificat d'aptitude et des prix. Mais, compte tenu du manque d'instruction chez un bon nombre d'infirmières, plusieurs institutions organisent des cours primaires assurés par des institutrices ou des hospitalières qui ont pour but la présentation au certificat d'études et l'amélioration du niveau intellectuel et moral du personnel secondaire. L'infirmière modèle est la suivante : douceur, dévouement, suffisamment instruite et absolument obéissante aux instructions : « *l'infirmière est une esclave moderne, on a constaté sa misère et ses incompétences, on sublime les qualités de la femme, mais on souhaite qu'elle reste un objet dévoué* »¹⁰⁶. Le but est aussi d'augmenter le niveau intellectuel et moral du personnel soignant.

Pour répondre à ces attentes, garantir un fonctionnement satisfaisant des hôpitaux et hospices, la **Direction de l'Assistance Publique** dirigée par **H.C. MONOD** (1886) doit mettre en place une nouvelle distribution des soins en assurant le remplacement du personnel congrégationniste. Elles nécessitent la présence dans les établissements hospitaliers, d'un *personnel secondaire* formé et compétent au risque de compromette la santé des malades et qui doit aider le personnel médical. Les hôpitaux assurent la formation du personnel soignant, chargé d'aider le médecin dans sa mission : les *infirmières*,¹⁰⁷ aides éclairées et formées sur le lieu de travail par et pour

¹⁰⁴ FLORENCE NIGHTINGALE est à l'origine de la création des premières écoles d'infirmières en Angleterre dont l'Europe entière va s'inspirer et imposer un modèle *la nurse anglaise* ; infirmière compétente, distinguée et responsable des services médicaux voire des hôpitaux. La nurse doit être, sobre, honnête, véridique, loyale, ponctuelle, calme et ordonnée, propre et bien tenue, patiente, gaie et bienveillante. Rapport sur le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers du Dr NAPIAS. *Conseil Supérieur d'Assistance Publique* fasc.64 pp 15-27. 1893.

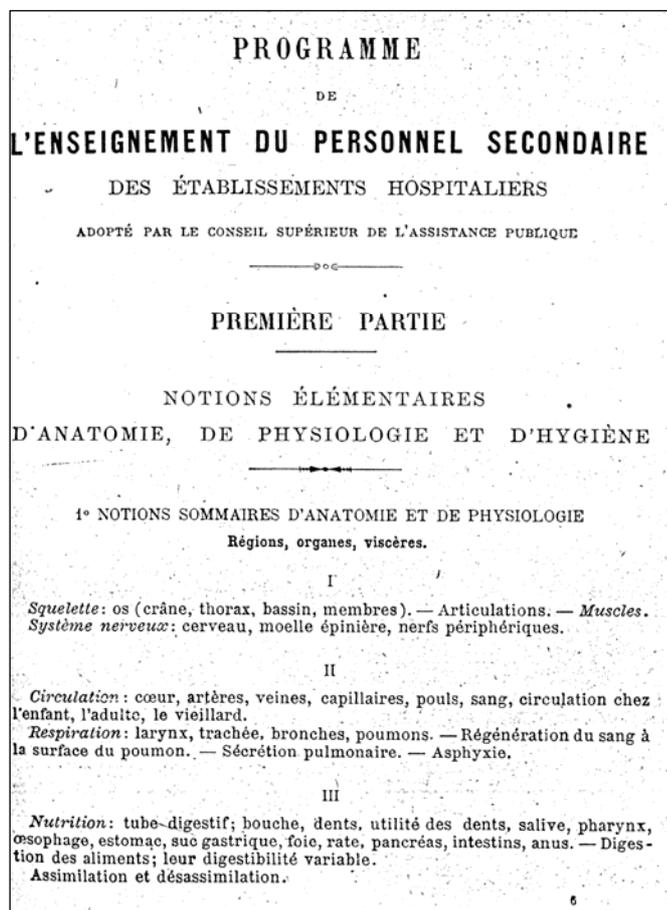
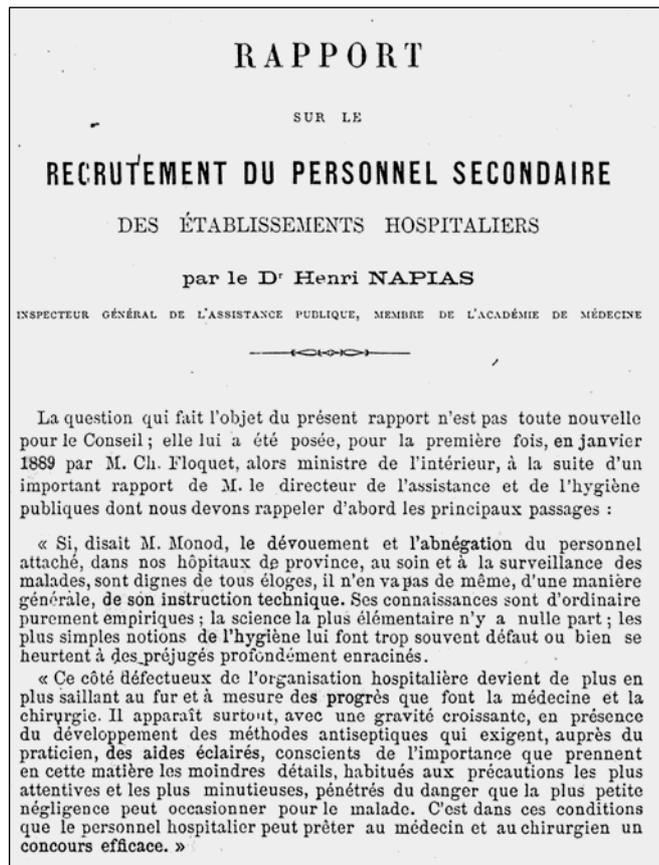
¹⁰⁵ De 1883 à 1898, 3.428 diplômes d'infirmières ont été décernés par les écoles municipales.

¹⁰⁶ KNIBIEHLER Y., (1984) *Cornettes et blouses blanches, les infirmières française dans la société française 1880-1980* Paris, Hachette.

¹⁰⁷ le mot d'infirmière représente une réfection (1398) d'après infirme de l'ancien français *enfermier* (1288) dérivé de *enferme* encore relevé au XVIIIème. Le mot désigne comme l'ancien *enfermier* une *Monopole médical, émergence des spécialités, concurrence des « illégaux », formation des aides*

le médecin. La nécessité d'un personnel instruit se fait ressentir. H. MONOD, directeur de l'Assistance Publique, dans un rapport en 1889 au ministre de l'Intérieur en reconnaît l'utilité. Le premier **Congrès International d'Assistance en 1889** vote des résolutions pour que personnel recruté reçoive une éducation professionnelle dans des écoles professionnelles et perçoive des traitements revalorisés.

En France, les besoins en infirmières sont de plus en plus grands, la pénurie de personnel tient beaucoup à la grande rapidité avec laquelle ont été faites les laïcisations, (c'est en 1878, qu'a commencé à Paris, la substitution d'un personnel laïque au personnel congréganiste) même là où il n'y avait personne à mettre à la place des religieuses sont renvoyées. L'incompétence du personnel est aggravée par la routine. C'est le constat des directeurs de *l'Assistance publique de Paris* et des *Hospices de Lyon*. Bonne volonté et dévouement s'opposent à l'insuffisance professionnelle. La comparaison avec l'étranger montre que l'instruction **du personnel secondaire** est insuffisante par rapport à la Suisse, l'Allemagne, l'Angleterre à l'exception de quelques grandes villes de France. Il faut de nouvelles méthodes indiquées par la science, *un apprentissage* est nécessaire pour montrer que les moindres écarts peuvent compromettre les résultats : résultats qui sont liés à la collaboration éclairée et obéissante de ces auxiliaires. (cf. représentation du rapport sur le recrutement du personnel secondaire).

Conseil Supérieur de l'Assistance publique 2390 T XVIII tome VIII 1897 fas 64 p 40

Le **Conseil Supérieur d'Assistance Publique** va encourager à plusieurs reprises¹⁰⁸, de 1889 à 1921, la création d'écoles d'infirmières¹⁰⁹ sur des programmes d'études qui sont la source de conflits entre les conceptions parisiennes et lyonnaises. L'infirmier ne s'improvise pas, pour cela un apprentissage spécial doit être mis en place mais l'éducation doit être simple et pratique. L'infirmière ne doit pas prétendre poser un **« diagnostic ou faire de la thérapeutique »**¹¹⁰, elle seconde le médecin mais sans jamais se substituer à lui et le meilleur moyen de l'en empêcher est de limiter son instruction aux choses de son état ; son rôle utile mais limité, consiste à suivre les prescriptions : **« ...Nous ne voulons pas faire des savantes. Nous voulons faire des femmes assez instruites pour savoir que le premier devoir est d'obéir aux prescriptions médicales »**¹¹¹ ». Il ne faut pas créer **« une classe hybride de demi-médecins, de demi-chirurgiens ou de demi sages femmes. »**¹¹², **« l'infirmière est l'aide du médecin dont elle doit suivre les prescriptions avec une obéissance passive »**¹¹³. Les connaissances pratiques doivent être uniquement professionnelles, il faut éviter d'encombrer la mémoire de détails inutiles décevants à cause de leur appartenance scientifique et ne pas créer une classe hybride de demi-médecins, de demi-chirurgiens, de demi sages-femmes. Le but est de créer une « phalange » d'aides éclairées, capables grâce à notre enseignement strictement approprié d'être partout et toujours à la hauteur de leur dévouement.

Les médecins organisés en profession mettent en place une division du travail médical en contrôlant les métiers qui tombent sous leur autorité, favorisant le travail pratique pour les assister et limitant les connaissances théoriques : **« absence d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige »**¹¹⁴ caractérisent les infirmières, cet ensemble de traits permet d'opposer l'émergence d'un métier auxiliaire de la médecine à la profession reconnue dominante.

¹⁰⁸ Rapports en vue de la création d'écoles d'infirmières : les rapporteurs ont été cités par ordre chronologique. MONOD (1889), NAPIAS (1897), SABRAN (1897) (annexes au rapport NAPIAS), BOURNEVILLE (1897) LETULLE (1898), FAIVRE (1898), COMBES (1902) (annexes). Lors du I^{er} Congrès international d'Assistance publique et de bienfaisance, HENRI MONOD, directeur de l'assistance publique, insista sur l'obligation d'instruire le personnel secondaire des hôpitaux et la nécessité de créer un diplôme fut adoptée par le Congrès. Le III^{ème} congrès d'Assistance réunit à Bordeaux, 1^{er} au 7 juin 1903, rappela depuis 1889 les rapports, les circulaires et les engagements du Gouvernement pour la création d'examens et de diplômes d'infirmières.

¹⁰⁹ Il faudra attendre le décret du 27 juin 1922 pour officialiser le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'Infirmière de l'Etat français.

¹¹⁰ Rapport présenté au nom de la II^{ème} section par le Dr FAIVRE, Enseignement du personnel secondaire *Conseil Supérieur de l'Assistance Publique* [fasc.69] pp 9-12 .

¹¹¹ *Conseil Supérieur de l'Assistance Publique*, première session ordinaire de 1898, pp 99-112, intervention du Dr BOURNEVILLE.

¹¹² Rapport présenté au nom de la commission spéciale par M. le Dr Maurice LETULLE *Conseil Supérieur de l'Assistance Publique* [fasc.69] pp 19-29.

¹¹³ *Conseil Supérieur de l'Assistance Publique*, première session ordinaire de 1899 [fasc.69], pp 99-112.

¹¹⁴ FREIDSON E., loc. cit. pp 58-59.

Dans cette réflexion sur la formation des personnels soignants et d'aides médecins, les pratiques de massage et de gymnastique médicale, n'entrent pas dans le champ des activités des infirmières. Si le massage démontre des effets thérapeutiques, il rentre dans le champ de *l'art de guérir* et ne peut être confié à des aides ou des infirmières qui ne connaissent pas les matières médicales nécessaires à son exercice et dont la mission est d'assister le médecin et non de le remplacer. On est ici placé dans une logique différente que celle posée par la formation d'auxiliaires. Ces méthodes, en voie d'expérimentation pour l'application thérapeutique spécifique voire diagnostiques, sont appliquées à des maladies particulières. Ces procédés sont donc exclus du champ d'activité des infirmières à ce moment. Si dans les programmes des études proposées par le Dr BOURNEVILLE, créateur des écoles d'infirmières (1878) et celui adopté par le Conseil supérieur d'Assistance Publique 20 ans plus tard, le massage est inscrit, il est uniquement cité dans le cours des pansements et limité au chapitre des soins à donner aux malades atteints d'affections d'ordre chirurgical.

CHAPITRE 2 – Le renouveau de la thérapeutique physique et manuelle *Gymnastique, massage, acteurs et intérêts*

En réfléchissant sur les nouveaux agents thérapeutiques, on est tenté de parler d'une production sans invention, au vu de leur première tentative d'institutionnalisation. Il n'y a pas de nouveaux moyens mais une appropriation par quelques promoteurs de pratiques populaires, agencées et agrégées par eux pour la cure des maladies. L'intérêt thérapeutique est généralement méconnu ou délaissé par le corps médical ce qui indique un manque de prestige de ces pratiques. Quelques médecins praticiens qui souhaitent proposer une certaine forme de thérapeutique plus efficace que celle de la médecine savante dont les méthodes de traitement sont souvent inefficaces. Les cliniques médicales et chirurgicales sont dominatrices, la pharmacopée est pauvre, aussi semble-t-il licite de retrouver, en les justifiant, les ressources d'une médecine millénaire, commune à toutes les nations, ayant traversé les siècles, comme le massage, la gymnastique et l'usage de l'eau à laquelle la population a souvent recours sous la direction d'empiriques et de profanes. **« L'homme veut du nouveau »**¹, et si des découvertes ne répondent point à ce besoin, **« on reprend de loin en loin le vieux et on le pare de telle sorte qu'il semble neuf »**²; des médications à demi oubliées à demi savantes sont ainsi remises en honneur, au milieu de ce siècle, des médecins cherchent à **« ranimer, d'un souffle de vie, ces vieilles choses mortes »**³

Dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, quelques promoteurs, médecins, praticiens de ville et des hôpitaux, dans la mouvance du courant hygiéniste et pasteurien, s'investissent et se déclarent convaincus de l'intérêt de l'utilisation en médecine dans le traitement de certaines maladies, des agents physiques, l'air, l'eau, l'électricité et le mouvement (passif, actif, les exercices gymniques). La gymnastique et le massage à la grande différence des autres agents, présentent l'avantage sur les autres agents de ne rien faire ingérer aux malades, mais la grande difficulté de doser le mouvement à appliquer ou faire appliquer.

Des médecins et des chirurgiens tentent de montrer l'intérêt du recours à des agents physiques moyens thérapeutiques dont l'utilisation remontent en médecine aux plus anciennes civilisations, pour traiter et

¹ MAC AULIFFE L., loc .cit. p 2.

² NORSTRÖM G., (1884) *Traité théorique et pratique du Massage, Méthode de Metzger en particulier.* Delahaye et Lescrosnier, Paris.

³ MAC AULIFFE L., loc .cit. p 2

soulager des maladies⁴ : placés dans un processus de légitimation, ils tentent de conférer *une légitimité scientifique* à de ces agents physiques.

La présence du corps médical est nettement visible dans l'application de l'électricité, de l'eau et de l'air, elle l'est moins dans la pratique du massage et de la gymnastique qui ont un positionnement différent. Rassemblant quelques données scientifiques et expérimentales sur ces techniques en France et à l'étranger, les promoteurs vont développer les mêmes procédures argumentaires. Pour que ces pratiques pénètrent le monde médical, il importe qu'elles suivent une démarche de valorisation reposant sur plusieurs critères afin de leur conférer un statut de médecine savante. Hydrothérapie, climatothérapie, électrothérapie, gymnastique et massage, présentent des rapports étroits dans les utilisations et leurs effets mais des dissemblances en ce qui concerne l'agent utilisé, sa maîtrise et ses modes d'application.

L'hydrothérapie, le thermalisme, la climatothérapie et l'électrothérapie ont recours pour leur emploi à des installations propres ou d'instrumentations spécifiques, ils nécessitent des savoirs théoriques en chimie et en physique ce qui éloigne les empiriques et ceux qui n'ont pas reçu d'éducation du champ de ces spécialités voire les malades eux-mêmes qui voient en ces pratiques le recours à une médecine savante.

Par contre la **gymnastique et le massage**, thérapeutiques par le mouvement, sont appliqués depuis des siècles par des profanes, les masseurs et les gymnastes qui imposent ou commandent le mouvement et dont les résultats sont visibles. Ces pratiques ne demandent pas la même mobilisation de savoirs théoriques scientifiques que celles pour l'application de l'eau et l'électricité ; ils mobilisent l'anatomie, la clinique, une science émergente, celle du mouvement. De plus, public peut y avoir accès pour des raisons de confort, de bien-être et d'hygiène et leur application peut se réaliser en chambre ou dans un cabinet d'où une diffusion libre et son développement apparemment aisé. Le rapport singulier avec son client et l'introduction de ces procédés en médecine représente un enjeu. L'exercice est moins apparent, la présence des profanes est un facteur de médicalisation mais aussi un risque de propagation d'exercice illégal de la médecine sachant que la médecine populaire a recours au massage et au reboutement très proche et souvent synonyme. La profession médicale doit, si elle développe ces procédés en contrôler l'application et la formation.

⁴ ULMANN J., (1997) *De la gymnastique aux sports modernes* Histoire des doctrines de l'Éducation physique Vrin Paris

Nous présentons dans un premier temps les thérapeutiques par les agents physiques centrées sur l'application de l'eau, de l'air et de l'électricité puis celles qui nécessitent un praticien formé pour produire la gymnastique et le massage.

2.1 - L'hydrothérapie et le thermalisme, la climatothérapie l'électrothérapie

Dès le 18^{ème} siècle, et le corps médical est investi dans le thermalisme d'autant que l'enseignement de l'hydrologie est assurée dans trois facultés celle de Lille, de Bordeaux et de Toulouse qui possèdent des chaires d'hydrologie. Paris ne possède pas de telle chaire ; l'enseignement est partagé entre les professeurs de thérapeutique, de physique et de clinique médicale. A partir de 1893, le **Professeur LANDOUZY**, professeur de thérapeutique, puis de clinique médicale puis **Doyen de la Faculté de médecine**, s'investit dans la « médecine des eaux » : hydrologie, thermalisme, il sera le fondateur de **la crénothérapie** (traitement des maladies par les eaux de source). On peut comprendre que la présence du Doyen dans ce domaine, limite la création d'une Chaire de spécialité en hydrologie à Paris⁵. Ce dernier organise dès 1899, chaque année jusqu'en 1911, des voyages d'études qui regroupent des centaines de médecins de toutes nationalités qui renforcent la légitimité des ces pratiques et fait la promotion des stations. Les médecins spécialisés cherchent à découvrir les constituants des différentes eaux thermales pour la cure des maladies, a mettre en évidence les effets de pratiques d'hydrothérapie et à analyser les différents courants électriques pour traiter les maladies. Les médecins se regroupent dans des sociétés médicales spécialisées pour étudier l'agent, le quantifier, établir des règles et rendre stables les pratiques. Ces deux procédés associent souvent le massage ou l'exercice au traitement hydrothérapique ou électrique. S'ils sont parfois autonomes les procédés sont souvent associés ou complémentaires ce qui explique leur regroupement

⁵ Il faudra attendre 1928 pour voir la création d'une Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologique ; le premier titulaire en est le Professeur VILLARET (1877-1946). Il dirige les voyages d'études médicales aux station hydrominérales, maritimes et climatique, créés en 1899 par le Pr. Landouzy.

2.1.1 - L'hydrothérapie, les cures thermales, la climatothérapie

L'hydrothérapie et les cures thermales sont préconisées de façon presque systématique⁶ dans le traitement des maladies nerveuses. L'hydrologie et le thermalisme sont déjà à la mode au 18^{ème} siècle et de nombreuses stations thermales s'ouvrent, destinées à une clientèle solvable et mondaine. A côté des bains et des douches traditionnels, boire les eaux est une pratique nouvelle qui se répand rapidement. La médecine des eaux connaît son âge d'or au 19^{ème} siècle notamment sous le second Empire et la III^{ème} République qui apporte une fréquentation d'élite. Sur le plan scientifique l'époque est marquée par les progrès des sciences physico-chimiques vers la recherche des mécanismes d'action sur l'organisme des eaux thermales. Les médecins thermaux deviennent nombreux et s'organisent, ils créent en 1853 la **Société d'hydrologie médicale de Paris** et celle du Midi soutenue par la **Gazette des Eaux** éditée en 1858⁷. La fin du 19^{ème} siècle est marquée par « une fièvre d'investissements thermaux »⁸, on recherche de nouvelles sources et on dénombre pas moins de 210 stations en activité. Sur le plan médical l'incidence des découvertes sur l'ionisation, les éléments traces, les gaz rares, la radioactivité relance l'intérêt du thermalisme qui va s'enrichir de bains et de douches associés à des ingrédients auxquels on va associer l'héliothérapie et la thalassothérapie. Les techniques thermales font des progrès destinées à amener l'eau thermale le plus près possible de la région à traiter : douches nasales, insufflations, gargarismes, lavages vésicaux,, irrigations vaginales, goutte à goutte rectal, ... Les pratiques thermales comprennent non seulement l'ingestion des eaux et leur application sur le corps, mais on y applique aussi le massage sous l'eau et à sec. Les médecins spécialisés cherchent à découvrir les constituants des différentes eaux thermales pour la cure des maladies, à mettre en évidence les effets de pratiques d'hydrothérapie pour traiter les maladies.

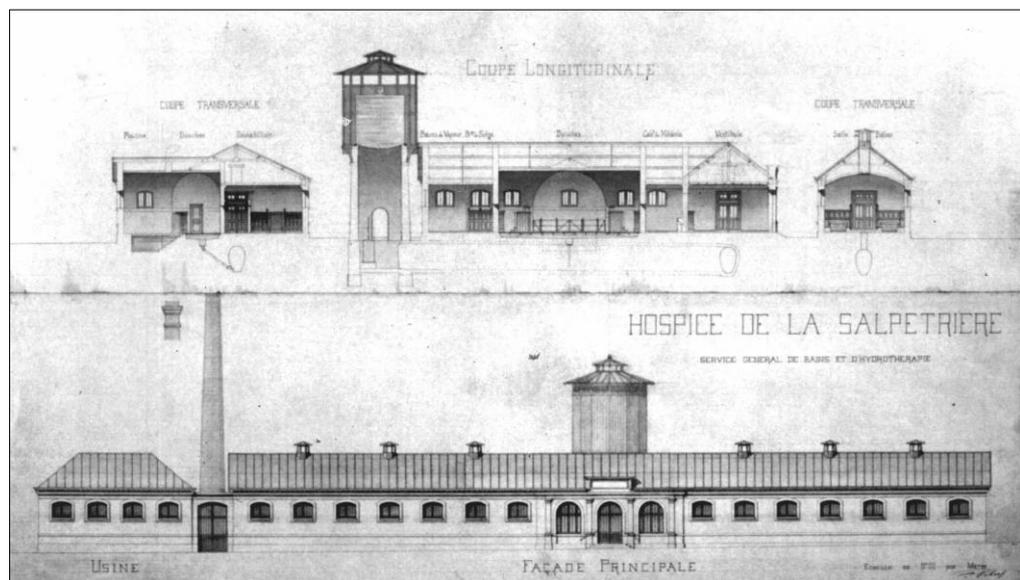
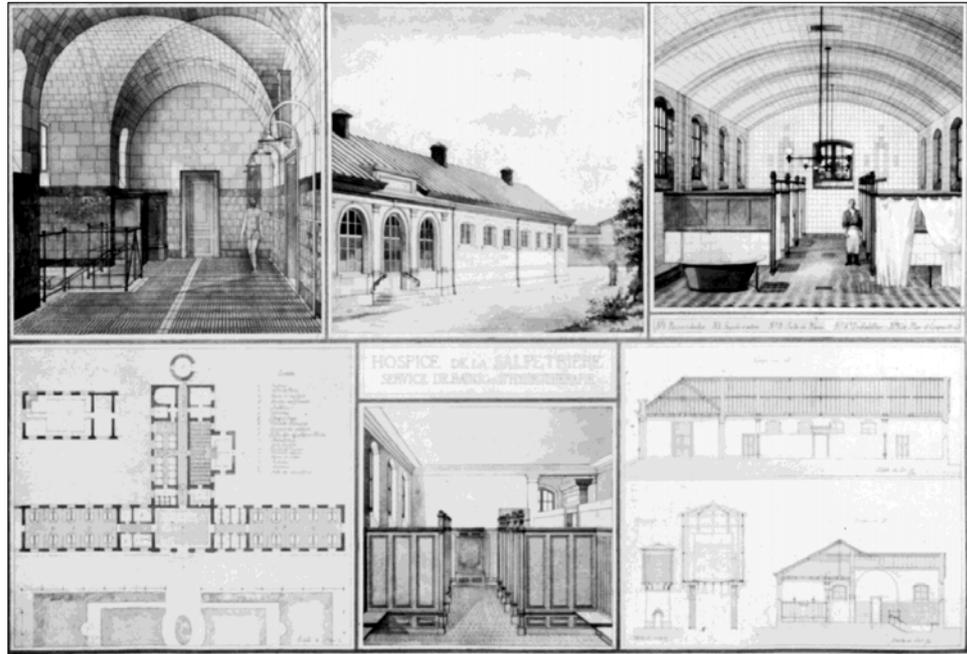
⁶ CHARCOT ET DUCHENNE DE BOULOGNE choisissent *Lamalou-les-bains* qui va devenir un centre de traitement des maladies neurologiques et un des premiers centres de rééducation. On y trouve une statue de Charcot qui ne s'est jamais rendu dans la station. Lamalou le bas fut le premier établissement construit à partir d'une résurgence découverte au 17^{ème} siècle à la suite du percement d'une galerie minière. In *Patrimoine et traditions du Thermalisme* AUTHIER A., DUVERNOIS P., (1997) Privat.

⁷ AUTHIER A., (1998) *La médecine des eaux* Culture et professions de Santé Editions Privat.

⁸ AUTHIER A., loc. cit. pp 72-73

L'hydrothérapie, les installations à la Salpêtrière aujourd'hui disparues

Document archives AP-HP Photothèque



L'étude de ces pratiques aboutit à la création de sociétés médicales spécialisées pour étudier l'agent, le quantifier, établir des règles et proposer des pratiques stables. Le Pr. CHARCOT et ses élèves, vont tester, mettre en œuvre et éprouver ces techniques pour soigner les maladies nerveuses et leurs conséquences fonctionnelles, physiques et comportementales : paralysie, contracture, incoordination, neurasthénie, hystérie. **Les installations d'hydrothérapie de la Salpêtrière** donnent l'idée de l'importance des traitements par l'eau : bains prolongés, douches, jets, affusions chaudes ou froides. La douche froide est utilisée pour l'ensemble des maladies du système nerveux à quelques rares exceptions. Les effets thérapeutiques de l'eau, froide ou chaude, sont démontrés et les pratiques se développent : douches, jets, bains, enveloppements, lotions, étuves ... L'ampleur des dispositions des services de bains et d'hydrothérapie témoigne du prix qu'y attache CHARCOT. **« La piscine aménagée en son centre évoque les bains romains. Tout autour, des appareils de douches, verticale, en spirale, au jet...⁹ »**.

La climatothérapie et l'aérothérapie sont expérimentales, d'application complexe par l'utilisation d'instruments que l'on ne peut facilement se procurer, d'un prix élevé et dont les effets sont moins probants que les méthodes précédentes. Hippocrate a consacré un livre entier à l'utilisation du climat à la cure des maladies ; ses branches sont nombreuses, la température, l'humidité, la sécheresse, l'altitude, les vents, la pression atmosphérique sont sources de recherches afin de donner à la climatothérapie des applications en médecine. Elles sont plus particulièrement destinées aux malades porteurs de tuberculose pulmonaire et osseuse. (création des centres héliomarins de Berck et d'Hendaye pour les enfants, sanatorium...). Le recours aux deux dernières méthodes se trouve limité en médecine de ville en raison des difficultés de mise en œuvre ou de la nécessité d'instruments expérimentaux et coûteux : il sort du champ d'activité courante du médecin.

2.1.2 - L'électrothérapie

A côté de ses pratiques anciennes réactualisées, de nouvelles apparaissent. L'usage de l'électricité est introduite dans la pratique médicale spécialisée notamment à la Salpêtrière. **L'électrothérapie** est un nouvel agent que le Dr **DUCHENNE (de) BOULOGNE** (1806-1875)¹⁰ a

⁹ BONDUELLE M., GELFAND T., GOOETZ. C., loc .cit p 100.

¹⁰ DUCHENNE de BOULOGNE (1867) *Physiologie des mouvements démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique et applicable à l'étude des paralysies et les déformations*. Baillière, Paris. Il est considéré comme le père de l'électrothérapie et l'initiateur de l'utilisation de la photographie dans la recherche médicale. Catalogue de l'exposition Duchenne de Boulogne à l'Ecole nationale des Beaux-Arts 1999. C'est aussi le premier à avoir mis en

appliqué en pratique médicale et en particulier à la Salpêtrière où l'on développe, **l'électrisation localisée**¹¹ des muscles ou des nerfs par du courant galvanique. La méthode va permettre également de préciser la fonction de chacun des muscles du corps humain et d'établir le diagnostic de certaines maladies en localisant leur origine. L'électrothérapie devient un auxiliaire du diagnostic et de la thérapie.

CHARCOT en 1880, installe un cabinet d'électrodiagnostic et d'électrothérapie dont il confie la direction au **Dr VIGOUROUX**¹² qui traite des malades au moyen de l'électricité statique, des courants galvanique et faradique ; on applique le pinceau faradique, les bains hydroélectriques, le tabouret statique. Le département d'électrothérapie tient une grande place à la Salpêtrière et déploie une grande activité. Ce service annexe reçoit des centaines de malades par jour.

L'engouement pour ces méthodes électriques et ses spécificités pousse des médecins spécialistes à demander des unités indépendantes à Lariboisière, Broca, Saint Louis et à se regrouper en **Société d'électrothérapie de Paris** (1889). En 1893, le **Conseil de Surveillance de l'Assistance publique** est saisi de plusieurs demandes d'ouverture de services d'électrothérapie¹³ semblables à celui de la Salpêtrière. La question est alors posée de savoir si tous ces services peuvent bénéficier du même statut que celui de la Salpêtrière. Doit-il être central ou inclus dans les services généraux ? La réponse de l'institution est nette : **« une branche quelconque de la science médicale ne saurait se constituer en état indépendant »**¹⁴. Le chef de service est l'analogue d'un chef de laboratoire, il ne peut avoir de malades particuliers, son service n'est pas autonome et doit traiter les

évidence « *Les mécanismes de la physiologie humaine où analyse électro-physiologique de l'expression des passions applicables à la pratique des arts plastiques* » Baillière 1862. *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, Baillière 1855, *Paralysie glosso-labio-laryngée. Physiologie des mouvements*, en 1867, puis en 1868, *la Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique ou paralysie myo-sclérotique*.

¹¹ DELAPORTE F., PINELL P., (1998) *Histoire des myopathies*, Bibliothèque scientifique, Payot

¹² Le Dr VIGOUROUX a consacré son exercice professionnel à l'utilisation de l'électrothérapie dans son service à l'hôpital de la Salpêtrière. Il assiste le professeur CHARCOT dans les tentatives du traitement de l'hystérie par les bains électromagnétiques. Il est Interne des hôpitaux de Paris en 1854, la même année que JULES ÉTIENNE MAREY.

¹³ Recueil des comptes-rendus des séances du Conseil de Surveillance des hôpitaux de Paris : 26 octobre 1893, 8 mars 1894, 24 octobre 1894, 23 novembre 1894, 6 décembre 1894, 7 mars 1895, 12 décembre 1895, 5 mars 1896, 4 juin 1896, 16 juillet 1896, 8 janvier 1897, 21 janvier 1897, 21 juin 1897, 8 juillet 1897. Dans 26 hôpitaux, il existe 547 appareils électriques ; Lariboisière : 66, St Antoine 39, Salpêtrière 50, Hôtel Dieu 43, Beaujon 19. Ces appareils sont de maniement délicat et d'entretien particulier, les piles s'usent, le zinc est détruit. Sans entretien et sans surveillance, les appareils se détériorent, et en général, sur 30 appareils, 2 ou 3 sont en réel fonctionnement. Constat effectué par M. DUBRUISSET le 24 octobre 1894 lors de la réunion du Conseil de Surveillance des hôpitaux de Paris.

¹⁴ Rapport au Conseil de Surveillance de l'Assistance publique novembre 1893.

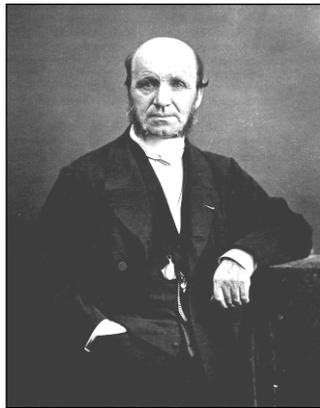
patients suivant les indications des chefs de service des hôpitaux¹⁵. La tentative d'autonomie se solde par un échec. Cette thérapeutique étant incomplète pour traiter toutes les affections des muscles et limitée à une pathologie, est placée sous la tutelle des chefs de service de cliniques médicale ou chirurgicale, prescripteurs, malgré la présence d'un médecin spécialisé dans la méthode. L'utilisation d'un seul agent physique, ici l'électricité, ne permet pas à la méthode de se constituer en une spécialité autonome.

¹⁵ Il est créé un service d'électrothérapie à St Louis, Lariboisière, à la Charité, à la Salpêtrière, à Beaujon, à Broca, aux Enfants malades.

L'électrologie et l'électrothérapie

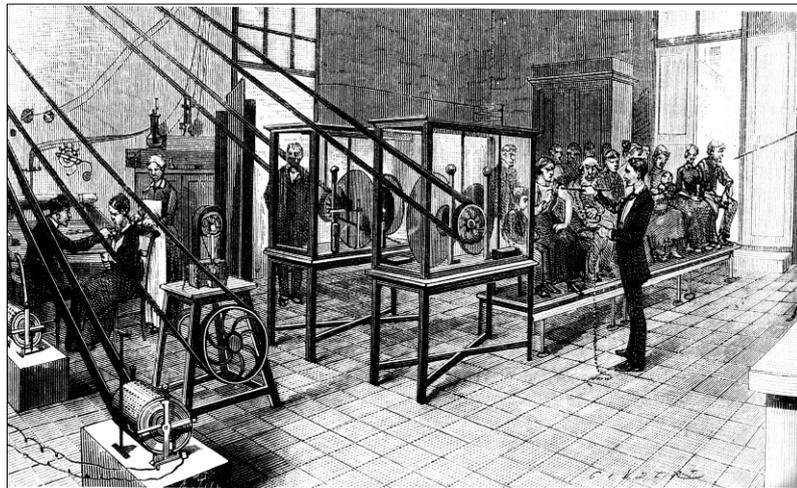
Le Dr Duchenne vers 1869 Arch. Pot. Paris, CNMPHS.

Catalogue de l'exposition Duchenne de Boulogne à L'Ecole Nationale Supérieure des Beaux Arts 1999 p 214

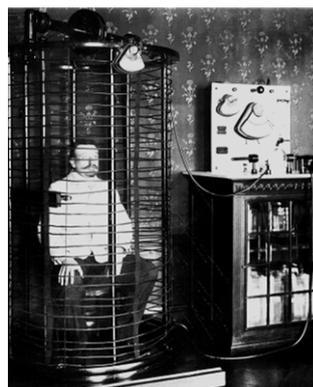


Traitement par l'électricité à la Salpêtrière vers 1880

Document archives AP-HP Photothèque



Le traitement de la neurasthénie par l'électricité 1893. (Archives des métiers)



Gymnastique, massage, acteurs et intérêts

2.2. – La thérapeutique par le mouvement

Depuis le début du 19^{ème} siècle des médecins, des militaires et des gymnastes cherchent à développer et à démontrer le rôle de l'exercice physique appliqué aux organes de l'homme. La gymnastique gagne du prestige et son caractère hygiénique puis thérapeutique prend de l'extension, malgré le débat ouvert entre ses partisans et ses opposants. Les médecins imposent des conditions pour que la gymnastique se pare de connotations médico-scientifiques. La volonté de contrôle des formes de gymnastique place le médecin en qualité de maître d'œuvre d'un marché en voie de développement. Les médecins orthopédistes et leurs entreprises¹⁶ sont à l'initiative de la diffusion d'une gymnastique thérapeutique, **la gymnastique orthopédique** destinée aux déviations vertébrales et autres difformités. L'école et la santé de l'enfant sont au centre des débats car on admet que les finalités de la gymnastique scolaire en France sont étroitement liées à des objectifs militaires et patriotiques¹⁷ : militaires, gymnastes, éducateurs et médecins tentent de se partager ce marché. La gymnastique va progressivement s'imposer dans la mouvance hygiéniste, pédagogique et militaire et devenir « *une production politique* »¹⁸.

La gymnastique médicale et chirurgicale est principalement l'œuvre de Francis **FULLER**¹⁹, **D'ANDRY DE BOISREGARD**²⁰ et de **Clément TISSOT**²¹ pour Jacques **ULMANN**²². Ces auteurs montrent que la médecine ne peut se passer de la gymnastique, qui concourt à conserver et rétablir la santé par l'usage de l'exercice sans avoir recours aux médicaments. Les préceptes doivent être appliqués dès l'enfance pour éviter d'avoir à soigner les hommes des lésions et infirmités constatées sur des sujets adultes. La gymnastique orthopédique et pédagogique va mobiliser certains médecins.

¹⁶ Ouverture et création d'établissements orthopédiques, DEFRANCE, Loc. cit. p 107.

¹⁷ **ARNAUD P.**, *Education physique, sport et santé dans la société française, une France saine et régénérée* (1870-1914) pp 89-95

¹⁸ **DEFRANCE J.**, loc. cit. pp 42-43.

¹⁹ *Medicina gymnastica ou Traité concernant le pouvoir de l'exercice de l'économie animale*, 1704, in De la gymnastique aux sports modernes Histoire des doctrines de l'Education physique par J.ULMANN.

²⁰ Loc. cit p 12

²¹ **TISSOT C.**, (1780) *Gymnastique médicinale et chirurgicale ou essai sur l'utilité du mouvement, ou des différents exercices du corps, & du repos dans la cure des maladies* Bastien libraire, Paris.

²² **ULMANN J.**, (1997) *De la gymnastique aux sports modernes* Chapitre III La nouvelle gymnastique médicale. pp 125-145. Vrin, Paris

L'introduction de l'hygiène et de son éducation dans la vie quotidienne mobilise l'attention du corps médical. Un premier développement de la gymnastique médicalisée et orthopédique est dû à la poussée des gymnasiarques (chef du gymnaste)²³ **Phocion**, **Heinrich CLIAS** (1782-1852)²⁴, **Eugène PAZ** (1836-1901)²⁵ élève **d'Antoine Hippolyte TRIAT** (1813-1881)²⁶ et **Napoléon LAISNE** (1811-1896), élève de **Don Francisco AMOROS** (1770-1848) et plus tard de **Georges DEMENÏ** (1850-1917)²⁷.

Ils sont relayés par des médecins favorables aux méthodes gymniques qui conservent l'idée d'en contrôler l'exercice comme les docteurs Charles **LONDE**²⁸, Eugène **DALLY**²⁹, **PICHERY**³⁰ qui précisent le cadre pour acquérir des bases scientifiques qui pourraient reposer sur la présence « d'une analyse rationnelle du mouvement..., d'un ordonnancement de la pratique... et d'une spécification des effets de chaque exercice »³¹.

2.2.1.- Napoléon LAISNE et la gymnastique dans les hôpitaux de Paris

Dès 1847, médecins et chirurgiens de l'hôpital des Enfants malades)³² sollicitent, la création d'un gymnase dans l'hôpital et l'organisation de leçons de gymnastique pour les enfants hospitalisés³³. Le 10 juillet de la

²³ D'après SABBATHIER professeur au collège de Châlons-sur-Marne qui a publié en 1772, *L'historique des exercices du corps chez les anciens pour servir à l'éducation de la jeunesse*, cité par LAISNE, le gymnasiarque était celui qui réglait souverainement la tenue et la police de tout le gymnase ; il était le dispensateur des récompenses et des châtiments...

²⁴ **CLIAS P.H.**, (1853) *Traité élémentaire de Gymnastique rationnelle hygiénique et orthopédique* Genève, Joël Cherbuliez.

²⁵ **PAZ E.**, (1876) *La gymnastique raisonnée moyen infaillible de prolonger l'existence et de prévenir les maladies*, Hachette, Paris. PAZ et LAISNE sont chargés par GREARD, directeur de l'enseignement primaire à Paris « d'enseigner les premiers principes du soldat et les exercices du plancher sans instruments » aux instituteurs des deux rives de Paris pour transmettre à leurs élèves le maintien et la correction et une préparation militaire.

²⁶ Figure emblématique de la gymnastique créateur d'une méthode et fondateur de gymnase à Paris, avenue Montaigne et rue du Bouloi.

²⁷ **DEMENÏ G.**, (1909) *Evolution de l'éducation physique l'Ecole Française* Fournier, Paris. L'énumération des différents gymnastes est donnée par DEMENÏ.

²⁸ **LONDE Ch.**, (1821) *Gymnastique médicale ou l'exercice appliqué aux organes de l'homme d'après les lois de la physiologie de l'hygiène et de la thérapeutique*.

²⁹ *Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel* Thèse en médecine, Paris, 1859. Fils de Nicolas, gymnaste non médecin qui publia en 1861 une notice sur la Cinésie ou l'art du mouvement curatif dans les rapports avec les mouvements naturels de l'organisme humain.

³⁰ Auteur de *la Gymnastique de l'opposant* en 1870 in DEMENÏ *La méthode française* Fournier

³¹ **DE FRANCE** loc. cit pp 82-85.

³² Les Drs BLACHE, BAULEY, BOUNEAU, P.GUERSANT, TROUSSEAU.

³³ En 1694, les Dames hospitalières de St Thomas de Villeneuve ouvrent la *Maison de l'Enfant Jésus* ou *Maison de Vaugirard* dont la vocation est d'accueillir des jeunes filles nobles et pauvres. En 1722, le curé de Saint-Sulpice, Jean-Baptiste LAUGUET DE GERGY, acquiert le bâtiment et des terrains avoisinants, et transforme la Maison en un

même année, le **Conseil Général des Hôpitaux** donne son autorisation pour commencer l'exercice de la gymnastique à l'hôpital des Enfants malades (625 lits) rue de Sèvres³⁴ et charge le professeur de gymnastique de l'École Polytechnique, du lycée Louis le Grand et directeur des gymnases des lycées de Paris, Alexandre-Napoléon LAISNE³⁵ de la direction provisoire de ce gymnase.

Après quatre mois d'essai, sur des enfants scrofuleux³⁶ (trois leçons d'une heure par semaine), les médecins et pharmaciens de l'hôpital attestent que la gymnastique est un moyen puissant de guérison, concourt au rétablissement de la santé ; les résultats escomptés étant dépassés, sans le moindre accident. Compte tenu des suites favorables, on soumet d'autres maladies à la gymnastique que l'on **combine avec les massages et les frictions**, notamment des affections nerveuses comme la chorée³⁷. LAISNE pratique aussi le massage, il est auteur de deux ouvrages sur le sujet³⁸. Les résultats sont excellents et les médecins de l'hôpital mentionnent la guérison définitive de grand nombre de chorée due à l'emploi exclusif de ces exercices combinés³⁹.

établissement spécialisé pour enfants orphelins ou abandonnés. Sous la Révolution elle prend le nom de *Maison nationale des orphelins* qui reçoit 436 enfants orphelins de plus de 4 ans et de moins de 10 ans. Le *Conseil Général des Hospices*, le 29 avril 1802, lui donne le nom d'Hôpital des Enfants d'une capacité initiale de 250 lits ; il reçoit des enfants des deux sexes de 2 ans à 15 ans. En 1864, le nombre de lits est porté à 584, 486 de médecine et 98 de chirurgie ; il sera de 138 de chirurgie en 1874 sous la direction du Dr de Saint-Germain. Cet hôpital dispose, d'une consultation externe, comportant la délivrance gratuite de médicaments, bains, douches et fumigations et propose un traitement spécial pour la teigne. En 1813, la congrégation des Dames religieuses de Saint-Thomas de Villeneuve dessert à nouveau l'hôpital sous la direction de Nicolle de Caqueray, âgée de 38 ans, jeune Comtesse riche et lasse du monde, elle dirige la communauté en qualité de Mère supérieure jusqu'en 1849. Le nombre de petits malades étant en nette progression le Conseil Général des Hospices, transforme en 1854 l'hôpital Sainte Marguerite, 89, rue de Charenton, en un hôpital d'enfants dénommé Sainte Eugénie, auquel on lui substitue le nom de Trousseau en 1880. (596 lits dont 180 de chirurgie) Démoli en 1902, les malades seront répartis sur trois nouveaux sites ; l'hôpital TROUSSEAU, l'hôpital HEROLD, l'hôpital BRETONNEAU

³⁴ Cet hôpital ainsi que celui de Ste Eugénie est spécialement consacré à la réception d'enfants des deux sexes de 2 à 15 ans. Un traitement externe, comportant la délivrance gratuite de médicaments, bains, douches et fumigations y est établi pour des affections de toute nature, 500 lits de médecine, 98 lits de chirurgie. Il est desservi par les dames religieuses de Saint Thomas de Villeneuve. *Archives de l'Hôpital de Enfants malades*.

³⁵ LAISNE N., (1880) *Applications de la gymnastique à la guérison de quelques maladies*, Bernheim et Cie, Paris. pp 1-195, Paris pp 73-205 Introduction des exercices gymnastiques dans les hôpitaux.

³⁶ Lésion torpide (de la peau, des ganglions lymphatiques, des os) ayant tendance à fistule, liée au tempérament lymphatique (la plupart des ces lésions appartiennent à la tuberculose et à la syphilis).

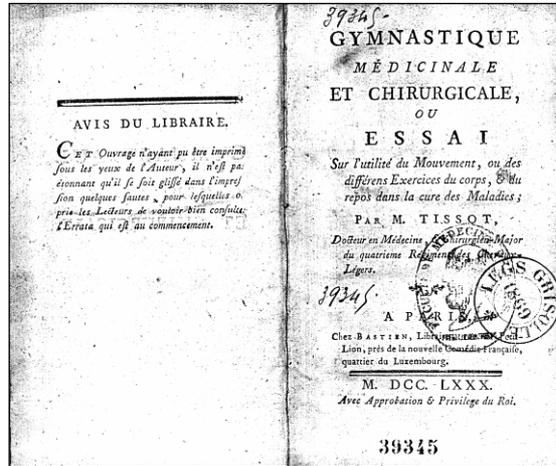
³⁷ Chorée ou danse de Saint-Guy est une maladie ayant pour base un dérèglement plus ou moins complet des facultés musculaires et quelquefois de facultés mentales. LAISNE N., loc. cit. pp 16-18.

³⁸ LAISNE N., (1868) *Du massage, des frictions et manipulations*, Bibliographie citée dans le livre du Dr FEGE *Massage précoce dans les fractures* Asselin, Paris (1899). Le Dr ESTRADERE externe à l'hôpital des Enfants dans le service BOUVIER s'est certainement inspiré de la méthode de LAISNE dans sa thèse sur le massage qu'il sépare de la gymnastique. Il évoque dans son livre les conclusions de BLACHE dans son rapport à l'Académie de médecine et ne peut méconnaître la présence de Laisné.

³⁹ Recueil des arrêtés et circulaires 17 décembre 1850 Le directeur de l'Assistance Publique accorde 300 F à N. LAISNE pour indemnités de déplacements. Collection des minutes des arrêtés des directeurs du l'Assistance Publique de Paris, liasse XII. Arrêté du 22 mars 1849, autorisant l'affectation aux exercices de gymnastique d'un crédit de 5.000 F.

Les Gymnastiques

Reproduction de la page de garde de la gymnastique médicale de Tissot 1780



Des précurseurs de la gymnastique médicale p 113

Evolution de l'Education physique Ecole Française de G.Demenÿ 1909



EUGÈNE PAZ
1836-1909



LE D^r E. DALLY
1832 ?- 1900 ?



AMOROS (1770-1848)

La gymnastique Manuel de gymnastique rationnelle par Emile André 1889

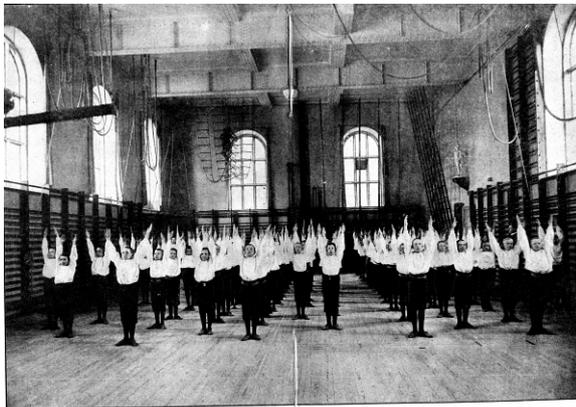


Fig. 100. — Nombreux exercices de préparation de blancher : mouvements des bras. G. André

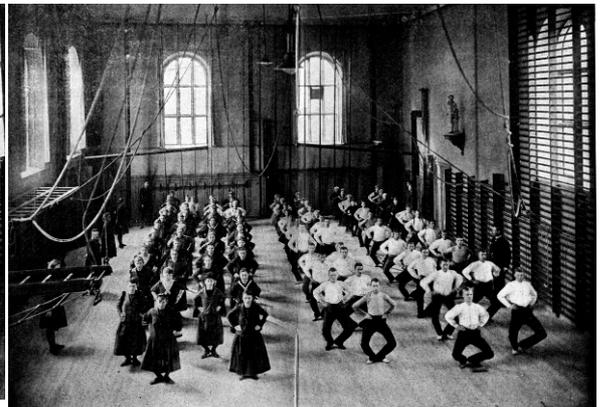


Fig. 101. — Un cours mixte en Suède. — Premiers exercices de gymnastique de blancher : serrer des jambes. G. André

Un rapport sur le traitement de la chorée par la gymnastique sous la direction du **Dr BLACHE**⁴⁰, est présenté à l'Académie de médecine le 10 avril 1855 par **BOUVIER**⁴¹, (cent huit cas dont quatre vingt quatre filles). Pour la première fois, un médecin des hôpitaux de Paris, spécialiste des maladies de l'enfant, présente la méthode qui guérit des affections neurologiques et comprend des séries d'exercices, des mouvements actifs, passifs, du massage et des frictions, montrant ainsi les rapports étroits et indissociables entre la gymnastique et le massage. Ces premières expériences accompagnées de statistiques sur les résultats obtenus, appliquées dans les hôpitaux de l'Assistance Publique, soutenues par des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, sur une population spécifique⁴², validées par l'Académie de Médecine, légitiment le procédé « *qui se place sur la même ligne que les meilleures méthodes curatives connues* »⁴³.

L'application de la gymnastique pénètre les hôpitaux d'enfants, les jeunes idiots de la Salpêtrière, puis les épileptiques adultes de cet hospice, les jeunes garçons et les adultes idiots de Bicêtre en quelques années, pour le traitement de certaines maladies nerveuses comme la chorée, l'épilepsie et l'hystérie.

La gymnastique se propage dans les hôpitaux parisiens, la **Salpêtrière** (1849)⁴⁴, **Sainte-Eugénie** (1854), **Bicêtre** (1854,) **les Enfants Assistés** (1861). Sous l'impulsion de LAISNE, le Conseil municipal de la ville de Paris va s'attacher de manière définitive les services de l'intéressé, en le nommant directeur du gymnase des Enfants malades⁴⁵ et en lui versant une rémunération régulière⁴⁶. L'Administration de l'Assistance Publique prend alors les dispositions nécessaires pour amplifier l'usage de la gymnastique, dont elle considère l'influence heureuse en faisant construire des gymnases couverts aux Enfants malades le 20 juillet

⁴⁰ **BLACHE R.**, (1854) Du traitement de la chorée par la gymnastique Moniteur des hôpitaux n°91, 1 août 1854. *Du traitement de la chorée*, Bull. de l'Acad. de méd., t. XIX p 919 et Mém. de l'Acad. de méd., t. XIX pp. 598. Le rapport a été publié chez Baillière.

⁴¹ en 1845 *Rapport sur la gymnastique populaire de Cliais*, (gymnaste auteur d'une méthode de gymnastique). **BOUVIER ET LONDE** présentent en 1855 un rapport sur le traitement gymnastique de la chorée à l'Académie de Médecine par le Dr **BLACHE** : sur 108 cas, 102 sont guéris. Bull. de l'Acad de Méd., Paris, 1855, t.XX, pp. 833-836. **BOUVIER** fera partie de la commission de 1868 sur la gymnastique du Ministère de l'Instruction publique en 1868, présidée par **VICTOR DURUY**. Il reçoit en 1837 le prix **MONTHYON** de l'Académie de médecine sur une question d'orthopédie. In *La médecine hospitalière* (1794-1848). **BOUVIER** professeur agrégé possédait une clinique orthopédique à Chaillot.

⁴² La gymnastique à l'hôpital des Enfants malades *Arch. Gén. Méd.* 4^{ème} série Tome XXVI 1851.

⁴³ **LAISNE** loc. cit. pp 130-131.

⁴⁴ 6 août 1849

⁴⁵ Décision du 4 février 1848.

⁴⁶ Décision n° 12920 du 27 juillet 1854 fixation des honoraires du professeur de gymnastique : 2.000 F l'an, registre des appointements série K1 (1859-1860) de l'hôpital Ste Eugénie. Le montant est identique à celui des aumôniers de 1^{ère} classe. Le montant de 2.000 F l'an est majoré de 100 F par mois pour le professeur et de 75 F pour l'adjoint.

1852, puis à la Salpêtrière et à Ste Eugénie (425 lits) hôpital d'enfants situé 89, rue de Charenton à Paris⁴⁷. En 1854, le directeur général de l'Assistance Publique **M. DAVENNE** accorde à N. LAISNE, un professeur adjoint et une adjointe pour l'aider dans sa mission devenue trop lourde pour lui seul. Le succès et la notoriété grandissant, des enfants atteints de maladies nerveuses, en dehors des hospitalisés, sont admis aux exercices de gymnastique trois fois par semaine dans les hôpitaux d'enfants⁴⁸ où M. LAISNE dirige les leçons, assisté de son épouse⁴⁹ et d'un professeur de gymnastique de lycée. De 1854 à 1862, 549.516 séances de gymnastique sont données dont 10.390 pour les malades externes (6.245 pour les filles et 4.145 pour les garçons)⁵⁰.

Les nouvelles recherches des docteurs BLACHE, SEE⁵¹ (1818-1896), BOUVIER⁵², BECQUEREL⁵³ sont venues compléter des données encore incertaines et préciser l'action thérapeutique des exercices musculaires dans ces *névroses locomotrices*⁵⁴, dans « cette espèce de folie musculaire » et fournissent une clientèle à LAISNE pour des traitements en ville. Le chirurgien DE SAINT-GERMAIN (1835-1897)⁵⁵, chef de service à l'hôpital des Enfants malades en 1873, poursuit dans cette voie en employant la gymnastique en orthopédie pour le traitement des déformations vertébrales.

⁴⁷ En 1853 conversion de l'hôpital général Sainte Marguerite créée en 1848, en un hôpital d'enfants dénommé Sainte Eugénie. Il est situé entre le faubourg Saint Antoine, la rue de Cotte et Traversière. Il prend le nom de Trousseau en 1885 et est détruit en 1902. Trois nouveaux hôpitaux d'enfants seront construits pour le remplacer, l'Hôpital Michel Bizot (actuel hôpital Trousseau), Hôpital Hérold et Carpeaux qui ne fonctionnent plus. Recueil des arrêtés et circulaires (RAC) de l'Assistance Publique n° 115 9364 du 15 décembre 1847, Conseil général des Hôpitaux, Conseil de Paris, Inventaire analytique CCVII du 2 et 23 février 1848.

⁴⁸ RAC, 334, 1853, tome II. Admission à titre d'essai des malades du dehors aux exercices de gymnastique Les petits malades du dehors sont admis soit gratuitement soit en payant : 4 francs par semaine pour les adultes, 12 francs par mois pour les enfants. En 1853, l'Assistance publique de Paris, reconnaît comme « efficaces les exercices de gymnastique dans le traitement des maladies de l'enfant ».

⁴⁹ LAISNE se lie avec une de ses anciennes patientes atteinte de chorée (Mlle LEBEGUE Clémentine) : traitée par la gymnastique, elle devient son assistante et son épouse in *Applications de la gymnastique* de N.LAISNE qui rapporte que 656 séances lui ont été nécessaires pour obtenir la guérison. Devenue professeur de gymnastique, elle mourut à l'âge de quarante ans.

⁵⁰ D'après Armand HUSSON, directeur de l'Assistance Publique in *Les hôpitaux de l'Assistance publique en 1862*.

⁵¹ SEE G., (1850) *De la Chorée, Rapport du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* Mém. de l'Acad. de méd., T XV, p 375-525. SEE sera professeur de clinique médicale.

⁵² mais dont le précurseur est le professeur Jacques Mathieu DELPECH (1777-1832) de Montpellier. DELPECH publia un ouvrage *De l'Orthomorphie*, paru en 1828, qui donna à l'orthopédie l'impulsion décisive pour s'imposer en tant que spécialité. Il ajouta deux grandes innovations en orthopédie : la gymnastique et la pratique de la natation. (Ackerknecht).

⁵³ *Gazette des hôpitaux* n°7, mardi 19 janvier 1858.

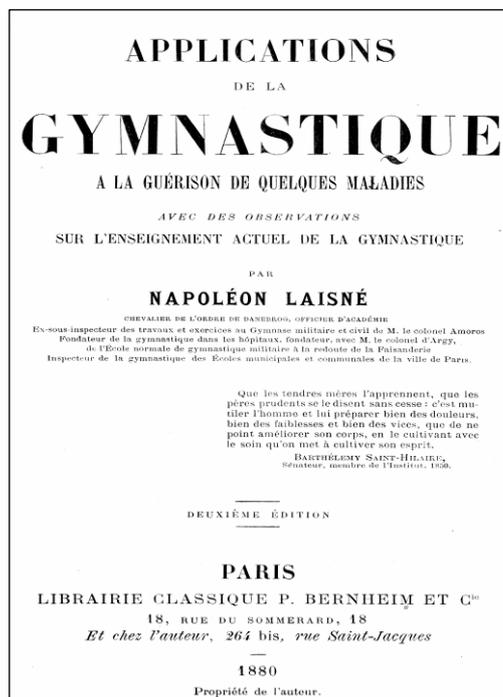
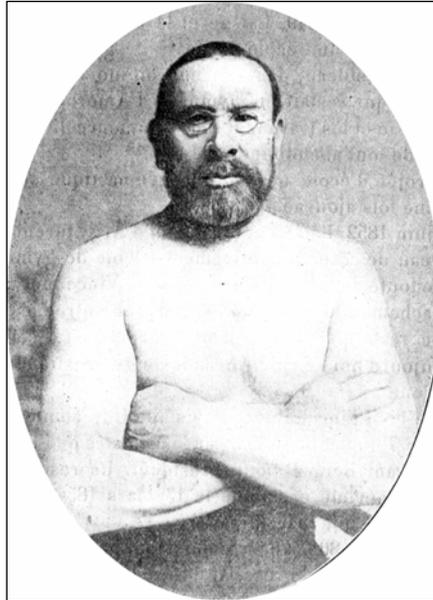
⁵⁴ LE BLOND N.A., (1877) *Manuel de gymnastique hygiénique et médicale*. Introduction de H.BOUVIER, Baillièrre, Paris.

⁵⁵ SAINT-GERMAIN (De) L.A., (1883) *Chirurgie orthopédique* Baillièrre et fils, Paris pp 481-493.

La Gymnastique et ses applications dans le traitement des maladies

Napoléon Laisné à 75 ans,

Demenÿ la méthode française de gymnastique de G.Demenÿ 1909 Fournier, PARIS



« La gymnastique doit être passive au début, elle commence par le massage et les frictions pendant une heure auxquels on ajoute progressivement des exercices rythmés de mouvements passifs des membres. On demande ensuite des mouvements actifs accompagnés de chants rythmés, courses, sauts avec un esprit de discipline et d'ordre. Il existe deux catégories d'exercices :

- les exercices passifs où la volonté n'a pas de prise sur les puissances musculaires, sorte de iatroleptique comprenant différents modes de frictions et de massage,
- les exercices actifs que les enfants exécutent d'eux-mêmes avec ou sans l'aide de machines.

C'est un art véritable qui ne peut être exercé qu'avec fruit dans un établissement public par un homme intelligent et zélé, versé dans la pratique de ce genre de manœuvres.

Les effets ont été mis à profit dans les pays du Nord, ils font partie de cette gymnastique suédoise ou de Lingé que l'Allemagne s'est en quelque sorte appropriée...et qui donnerait à penser qu'il y a peut-être lieu d'étudier plus sérieusement qu'on ne l'a fait en France... ».Dr Blache 1852

Si des avis contradictoires sont émis sur la place du massage par le Dr. **Joseph Marie PARROT**⁵⁶ (1829-1883), médecin de l'hôpital qui considère qu'il n'est qu'un moyen secondaire aux exercices de gymnastique, la gymnastique devient une thérapeutique à part entière, en concurrence avec les autres traitements⁵⁷ admis à l'époque : la durée d'hospitalisation des petits malades est identique voire inférieure (de 26 à 122 jours et de 18 à 73 séances). En l'absence d'une méthodologie précise, dans la présentation des cas cliniques et des guérisons obtenues, les médecins insistent sur la personnalité du praticien ; ses qualités physiques jouent un rôle dans l'exercice du procédé qui nécessite une application fréquente et vigoureuse, fatigante voire épuisante, puisque l'on pratique la méthode souvent pendant une heure, et durant des semaines voire des mois (les séances pouvant se compter parfois par centaines). Lorsque les enfants sont trop agités, le gymnase est délaissé au profit d'une pièce attenante aux salles d'hospitalisation **pour des traitements individuels** : le traitement est poursuivi en ville, au domicile du malade, qui est accompagné dans ses sorties par son thérapeute. La pratique requiert des qualités de cœur, bonté, charité, une grande perspicacité, une fermeté et une douceur, une habileté et un dévouement, une patience et une passion de l'art, une capacité de communiquer aux élèves toute l'ardeur utile à l'exercice et une persuasion pour « éviter

⁵⁶ *Gazette des hôpitaux*, n°7, mardi 19 janvier 1858. Devient professeur d'histoire de la médecine en 1876, puis le premier titulaire de la chaire de clinique des maladies des enfants, (1879-1883) chaire créée en 1878.

⁵⁷ Le traitement comprenait des purgatifs, des toniques, comme le sous-carbonate de fer, l'opium seul ou uni à la limaille de fer et à l'extrait de quinquina, quelquefois les anti-spasmodiques, tels que la valériane, l'oxyde de zinc, l'assa-foetida, mais surtout des bains froids ou frais et sulfureux et le sirop de sulfate de strychnine.

que le mal prenne le dessus »⁵⁸. « L'ascendant moral du professeur et l'élan qu'il inspire aux jeunes malades, sont autant de circonstances qui tendent à entraîner les muscles... ». Le Dr BECQUEREL⁵⁹ s'exprime ainsi grâce aux soins intelligents de M. Laisné, à sa surveillance attentive, à son zèle et à son habileté, nous n'avons eu aucun accident à déplorer depuis quatre ans. Le traitement des choréiques, des épileptiques, des hystériques, réclame d'autres soins que ceux d'un simple instructeur des gymnastes publics. **« Il faut pour les faire réussir, dans nos maisons hospitalières, un professeur attentif, capable, sous les inspirations des médecins, d'en observer les effets, d'en varier les moyens et de les mettre en rapport avec l'état des sujets, la période, le caractère de la maladie »**⁶⁰

LAISNE⁶¹, se défendant de faire de la médecine, constate cependant que certains symptômes s'effacent lors des événements graves comme ceux de 1848, que les filles sont plus sujettes à ces crises convulsives que les garçons, plus particulièrement à l'époque de la puberté. Cette particularité est observée également par le Dr MOYNIER⁶² qui a observé « que les filles guérissaient beaucoup plus vite que les garçons soit par les exercices gymnastiques, soit par la strychnine ».

La gymnastique est, dans les débuts de ses applications médicales, réservée au traitement des névroses. Jusqu'alors dans les hôpitaux on se contente d'appliquer les exercices musculaires au traitement de la chorée, de l'hystérie, de l'aliénation mentale, du tétanos, de la scrofule, de la phthisie, de la goutte, de la rage...

⁵⁸ LAISNE loc. cit. pp 165-175.

⁵⁹ Le Dr Louis Alfred BECQUEREL médecin français, (1814-1862) fils d'Antoine BECQUEREL (1788-1878) Physicien. BECQUEREL Alexandre Edmond (1820-1891) deuxième fils d'Antoine, Physicien. BECQUEREL Henri, (1852-1908) fils d'Alexandre découvre la radioactivité des sels d'uranium, Prix Nobel en 1903. BECQUEREL Jean, fils d'Henri, titulaire de la chaire de physique appliquée au Muséum d'Histoire naturelle qui avait été occupée par ses trois ascendants directs. *Gazette des hôpitaux*, n°128, jeudi 6 novembre 1851.

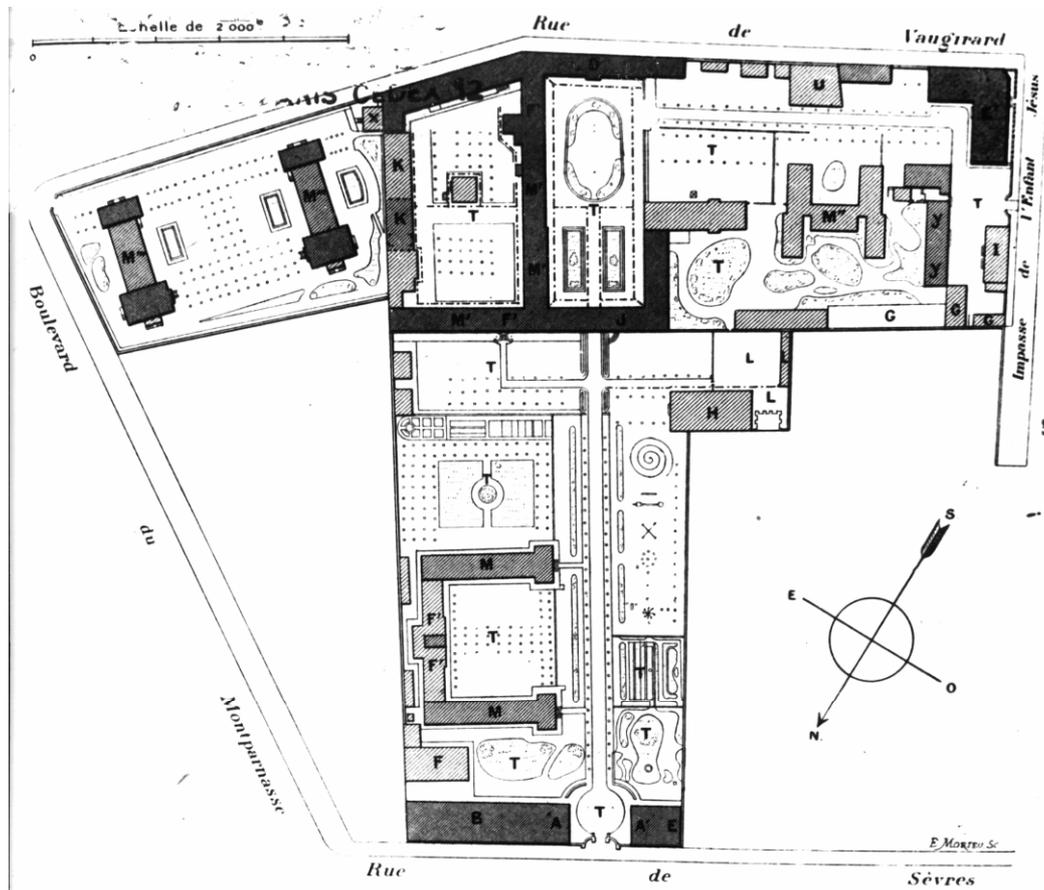
⁶⁰ LAISNE loc. cit. pp 126-127.

⁶¹ Il a été chargé de tout ce qui concernait la gymnastique par la ville de Paris et de l'Assistance Publique dans les hôpitaux jusqu'en 1885 d'après le Dr Dally.

⁶² MOYNIER E., *Du traitement de la chorée*, Archiv. gén. de méd., juillet 1854 et thèse de médecine 1855 Paris.

La Gymnastique dans les hôpitaux

Plan de l'hôpital des Enfants malades vers 1869



PLAN DE MASSE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

RFZ-DE-CHAUSSEE

- A, A' Bureaux et conciergerie.
- B Consultations.
- C Cuisine.
- D Pharmacie.
- E Logement du directeur.
- E' Logements du personnel.
- F, F' Bains.
- G Buanderie.
- H Gymnase.
- I Service des morts.
- J Lingerie.
- K Magasin, ateliers.
- L Chantier.
- M, M' Salles de malades.

M, M' Services d'isolement.

- O Chapelle.
- R Réfectoire.
- T Préaux, cours et jardins.
- U Étuve.
- X Usine.
- Y Écurie et remise.

PREMIER ÉTAGE

- A, A', B Logements.
- C, R Dortoirs.
- D, F, M' Salles de malades.
- E Logement du directeur.
- E' Logements du personnel.
- J Polyclinique.
- M Service d'isolement.

DEUXIÈME ÉTAGE

- A, A', B, E, M' Logements.
- C, R Dortoirs.
- D, F, M' Salles de malades.
- E' Logements du personnel.
- J Laboratoires.

TROISIÈME ÉTAGE

- E' Logements du personnel.

QUATRIÈME ÉTAGE

- E' Logements du personnel.

CINQUIÈME ÉTAGE

- E' Logements du personnel.

69

En « H » noter le gymnase

Cette longue description montre que les médecins d'un hôpital d'enfants parisiens, médecins des hôpitaux, membres de l'Académie de médecine ont testé la gymnastique pour la cure des maladies et qu'elle apporte des résultats concluants validés par l'Académie de médecine qui apporte au procédé une légitimation institutionnelle. Sans méthodologie précise la gymnastique de N. LAISNE est un amalgame de techniques personnelles de massage, de frictions et de mouvements à visée thérapeutique que lui seul est capable de produire et dont la reproductibilité est impossible ou du moins sous la forme d'un compagnonnage. Il ne connaît pas la médecine et applique sa méthode à tous les enfants qui lui sont confiés, sans distinction. L'absence d'écoles de gymnastique médicale est une lacune dans le système de transmission des savoirs pratiques. L'application de la gymnastique dans les hôpitaux est donc limitée à cette expérimentation malgré les résultats obtenus qui ont séduit les médecins des hôpitaux.

En l'absence de méthodes clairement exposées et validées, se méfiant des gymnastes et de leur techniques, certains médecins vont s'intéresser aux pratiques physiques développées à l'étranger et en particulier en Suède qui dans ce domaine a envahi depuis le milieu du 19^{ème} siècle l'Europe. Ce pays forme dans un Institut spécialisé en trois années des gymnastes polyvalents s'appuyant sur une méthode reconnues par de nombreux médecins, les militaires et les écoles.

2.2.2. - Une gymnastique polyvalente, la gymnastique suédoise

A l'hôpital Cochin, trente ans plus tard, le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ en 1884, hygiéniste chef de file du renouveau de la thérapeutique, médecin des hôpitaux, réactive et renouvelle l'intérêt pour la gymnastique médicale dénommée **kinésithérapie**.

Le mot apparaît en 1847, mais il passe inaperçu, dans le monde médical, c'est le gymnaste suédois **GEORGII** élève de **Ling** fondateur de la gymnastique dite suédoise, qui le crée. Cette dénomination, du fait de son étymologie grecque évoque l'historicité de son objet, son caractère singulier attire l'attention et regroupe sous un vocable unique la notion du mouvement passif ou actif destiné à guérir en action. Elle comprend pour ce gymnaste trois grandes méthodes, les unes avec ou sans appareils, l'autre où l'on a recours à **un aide actif**, un maître exerçant de façon directe et effective son action sur le malade. En France, dès 1827, la gymnastique pour le Dr LONDE, comprend des exercices actifs, passifs et mixtes. Celle qui requiert la présence d'un professeur guidant les mouvements que l'on fait

exécuter ou qui s'y oppose, est d'inspiration suédoise. Le procédé suédois comprend quatre grands volets : **la gymnastique pédagogique, militaire, esthétique et médicale**. Elle est de généralisation difficile en raison de la présence « *d'un professeur par élève et, abandonnée en France comme méthode générale, elle est devenue une des indications la plus heureuse de la gymnastique médicale* » (DUJARDIN-BEAUMETZ). La gymnastique suédoise est pour ainsi dire double, c'est à dire qu'elle nécessite à côté du sujet en expérience la présence d'un professeur. Un autre acteur doit intervenir et apporter ses connaissances gymniques pour le traitement des malades, car il est impossible au médecin de déterminer « *exactement la quantité d'exercice qui convient à chaque malade, c'est au maître de gymnastique à y suppléer par son intelligence* »⁶³.

En l'absence de cet acteur, des médecins comme le Dr PICHÉRY⁶⁴ ou le Dr ZANDER, suédois d'origine, veulent rendre cette méthode plus facilement applicable, en substituant au professeur des chaînes élastiques composées de ressort à boudin ou d'appareils de **mécanothérapie**⁶⁵.

Si elle n'a pas la rigueur de la gymnastique suédoise, elle présente l'avantage qu'elle ne nécessite pas la présence d'un professeur et peut être exécutée dans les salles des hôpitaux⁶⁶. Le champ d'application de la gymnastique est vaste, il s'applique aux affections de l'appareil respiratoire, à la tuberculose, aux anémies, aux dyspepsies, aux atrophies musculaires, en orthopédie à la déformation du rachis. La généralisation de la gymnastique dans les hôpitaux est souhaitable, pour que l'on puisse faire « **bénéficier les malades pauvres de cette association heureuse de l'hydrothérapie et des exercices corporels contre l'hystérie, l'épilepsie, l'idiotie, l'onanisme, la folie, l'obésité** »⁶⁷.

⁶³ DUJARDIN-BEAUMETZ loc. cit pp 45-46.

⁶⁴ On doit à PICHÉRY, les appareils à ressorts copiés depuis sous toutes ses formes et remplacés par des caoutchoucs. Il est l'auteur de la Gymnastique de l'opposant en 1870. Il a laissé deux volumes La gymnastique éclectique et le Catéchisme gymnastique.

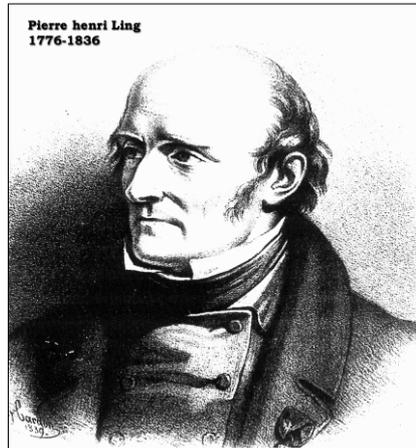
⁶⁵ La *mécanothérapie* est l'art d'appliquer à la thérapeutique et à l'hygiène certaines machines imaginées pour provoquer des mouvements corporels méthodiques dont on a réglé d'avance la forme, l'étendue et l'énergie. Le remplacement du professeur par des appareils automatiques est très en vogue en Suède.

⁶⁶ Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ en a fait l'expérience dans son service à Cochin.

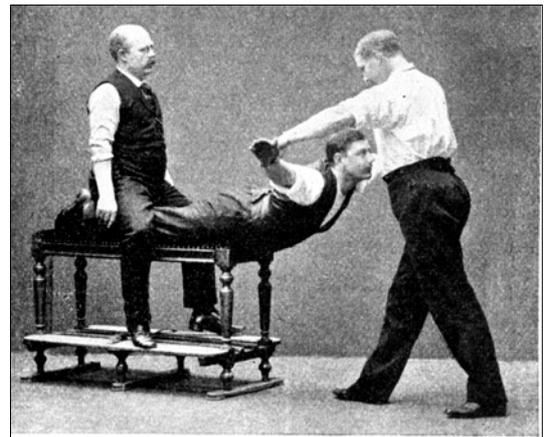
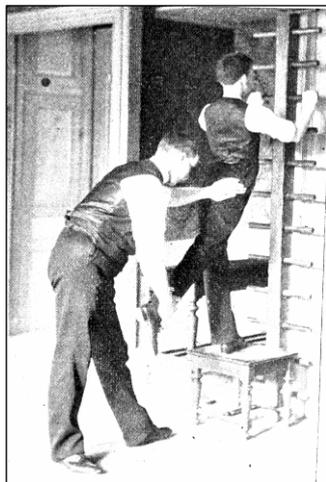
⁶⁷ DUJARDIN-BEAUMETZ Loc.cit. p 76.

Pierre-Henri LING 1776-1839 créateur de la gymnastique dite suédoise et des Institut central de gymnastique (1813) et Institut de gymnastique orthopédique (1827) à Stockholm.

(Wide 1898)



La gymnastique suédoise dite à deux *(Wide 1898)*



La meilleure des méthodes est celle qui demande le concours d'un professionnel. Pour les déformations vertébrales, les exercices sont fondés sur la méthode suédoise, où **le gymnaste n'est pas celui qui réalise le mouvement mais l'impose, le dirige ou lui résiste**⁶⁸ : cette méthode est peu connue par le corps médical en France. Mais les médecins qui s'engagent dans la correction des déformations sont méfiants car ils constatent et insistent sur l'imperfection des méthodes et **l'incapacité et l'insuffisance** des maîtres, véritables causes qui font que les exercices du corps sont si rarement commandés par leurs confrères. « Comment accorder de la confiance à celui qui sans autre titre que sa force, prétend diriger le développement physique de l'homme ? Sans doute lorsqu'un pareil maître a pour élève un homme bien portant, le mal n'est pas bien grand, mais lorsque l'élève est épuisé par une maladie qui donc peut admettre que ce professeur soit compétent ? Mais dira-t-on il importe peu que ce professeur de gymnastique connaisse les premiers éléments d'anatomie, de médecine, d'hygiène, puisqu'il n'a qu'à se conformer aux indications des médecins ? »⁶⁹

L'aide gymnaste

Le gymnaste doit être un **aide** qui ne doit pas nécessairement posséder des notions médicales, la seule présence du médecin possédant les savoirs théoriques étant la condition nécessaire à une bonne application de la thérapie par les mouvements.

Dans un même temps, on assiste à l'institutionnalisation⁷⁰ et à la systématisation de la pratique de la gymnastique à l'école et à l'armée⁷¹. La Loi du 27 Janvier 1880, dite Loi Georges, rend l'enseignement de la gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons. « Santé, bien-être, moralité, régénération des races affaiblies par un excès de civilisation, force des armées...tout se tient, la gymnastique peut devenir un remède à l'ensemble ⁷² ».

La gymnastique médicale nécessite la présence d'un professeur, aux qualités physiques et techniques, mais celui-ci **n'existe pas**, rares sont les médecins qui pratiquent la gymnastique. Certains médecins,

⁶⁸ **BLACHE** fils (1864) *Chorées graves observées dans le service de M. Blache, guérison rapide par les massages et la gymnastique méthodiquement appliquée*, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, n° 48, 25 novembre 1864. Travaux originaux, Médecine pratique.

⁶⁹ **DUJARDIN-BEAUMETZ** loc. cit. p 77-78.

⁷⁰ **DEFRANCE** loc. cit. pp. 67-80.

⁷¹ **ARNAUD P.**, (1991) *Le Militaire, l'écolier, le gymnaste Naissance de l'éducation physique en France (1869-1889)* Presses universitaires de Lyon.

⁷² **ANDRIEU G.**, La gymnastique obligatoire à l'école ou l'application d'une morale revancharde in 119^{ème} congrès. nat. soc. scient., Amine 1994, Jeux et sports IV, p.11-28.

appréhendant l'application de ce procédé à la thérapeutique, dans la mouvance hygiénique, ne veulent pas laisser se développer des pratiques dont ils n'auraient pas la maîtrise. Aussi, élabore-t-on des règles, tente-t-on de rationaliser les applications, de contrôler les mouvements et les exercices qui doivent s'appuyer sur des connaissances scientifiques concrètes et palpables comme l'anatomie, la physiologie... La méthode suédoise par sa logique mécaniciste (théorie mécanique appliquée au corps humain) et anatomique semble se différencier des autres gymnastiques synonymes de force, d'exploit ou d'acrobatie. Cette stratégie permet aux médecins de s'assurer le monopole « des positions de conseil, d'enseignement et de direction »⁷³ et de s'approprier sans effort une méthode que les pays avoisinants appliquent aux traitements de certaines maladies.

L'application d'une gymnastique médicalisée reste secondaire en médecine et n'est acceptée que partiellement par le corps médical. Seuls quelques promoteurs contribuent au travail de légitimation de la gymnastique dont les procédés pratiques sont encore très équivoques et ambigus. Les médecins s'intéressent davantage à définir les règles générales et sont loin de proposer des démonstrations pratiques. Le Professeur **Étienne-Jules MAREY** (1830-1904)⁷⁴ et **Georges DEMENÏ** (1850-1917) son préparateur au Collège de France, apportent un concours déterminant à la connaissance de la mécanique humaine, de la physiologie des mouvements et des exercices⁷⁵. DEMENÏ fonde le **Cercle de gymnastique rationnelle en 1889**⁷⁶ : et va donner aux exercices et aux mouvements les premières bases scientifiques qui serviront à l'éducation physique civile, scolaire, militaire puis médicale.

⁷³ DEFRANCE loc. cit. pp. 132-133.

⁷⁴ DAGOGNET F., (1987) *Etienne-Jules MAREY, la passion de la trace*, Hazan collection 65/37. F. DAGOGNET enseigne l'épistémologie à l'Université de Lyon. BERTHOZ A., (1999) *Leçons sur le corps, le cerveau et l'esprit*, Editions Odile Jacob

⁷⁵ La chronophotographie a permis d'étudier la locomotion animale, MAREY son inventeur a développé l'emploi d'appareils servant à l'enregistrement graphique des mouvements.

⁷⁶ DEMENÏ crée cette institution avec l'appui de MARCEL DE HEREDIA, conseiller de Paris. Il s'intéresse à l'anatomie mécanique des mouvements du corps humain et à la façon dont on peut améliorer ce dernier par la gymnastique ou l'éducation physique.

Étienne-Jules MAREY (1830-1904)

Etienne-Jules Marey, la mémoire de l'œil, Laurent MANNONI Cinémathèque française, Musée du cinéma, 1999



Georges Demeny (1850-1917).

Pociello C. Georges Demeny (Le corps en mouvement, Toulouse, Privat, 1981)

e



MAREY chercheur, médecin ingénieur met au point les instruments qui permettent d'enregistrer, d'évaluer et de visualiser ce qui relève de la motricité, mouvements internes et externes comme la locomotion.⁷⁷ La maîtrise du mouvement- doit permettre son dosage et peut donc s'appliquer comme un médicament - **le médicament-mouvement** -⁷⁸ au traitement des maladies du système nerveux et des troubles moteurs qu'elles engendrent⁷⁹, à l'orthopédie⁸⁰ dans le cadre des déformations et difformités osseuses et aux différents organes. Le 19^{ème} siècle est un siècle d'opposition entre « *les amis de la gymnastique qui montrent d'importantes divergences sur la méthode et les pratiques* »⁸¹. Les conflits vont opposer les différentes conceptions de l'éducation physique et du sport. La maîtrise progressive des mécanismes de la motricité va permettre d'interpréter le contrôle du geste, son éducation et les méthodes de gymnastique raisonnée qui demandent au patient d'être l'acteur de son traitement. Ces méthodes vont trouver une légitimité scientifique justifiant leur mise en œuvre et leur développement en faveur des estropiés (Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail), des mutilés civils et militaires : la rééducation professionnelle (1880) et fonctionnelle⁸². Les promoteurs de la thérapie par le mouvement vont tenter une percée dans un champ où la maîtrise de la santé est un enjeu économique, juridique et sociologique mais se heurteront au processus délicat de la légitimation des techniques dont les procédures ne sont pas encore codifiées. Ils proposent une application rationnelle qui, non seulement améliore les diverses fonctions du corps humain, c'est-à-dire la **santé**, mais encore peuvent guérir des maladies. Il s'agit d'obtenir une légitimation scientifique et institutionnelle⁸³.

L'intérêt des médecins qui s'aventurent dans la gymnastique, domaine encore peu prisé, est d'obtenir une sorte d'exclusivité théorique : le médecin pense la gymnastique en termes d'hygiène et

⁷⁷ **POCIELLO C.**, (1999) *La science en mouvements Etienne Marey et Georges Demenj (1870-1920)* P.U.F. Pratiques corporelles.

⁷⁸ **DIGNAT M.**, (1900) *L'Exercice illégal de médecine*. Congrès International de médecine professionnelle et de Déontologie, Paris, pp 256-265.

⁷⁹ Le Professeur **CHARCOT** et son successeur le Pr. **RAYMOND** s'intéressent aux méthodes de *gymnastique raisonnée* inspirées de celle mise en œuvre par un médecin suisse le Dr. **FRENKEL**.

⁸⁰ Les Drs **BOUVIER** et **DE SAINT-GERMAIN**, respectivement, médecin et chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades vont donner à l'orthopédie sa définition moderne dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. Mais c'est à Nicolas **ANDRY de BOISREGARD**, docteur régent, professeur au Collège de France, puis doyen de la faculté de médecine en 1724 que l'on doit les premières publications relatives à l'orthopédie et à la cinésiologie. Elles consistent en un ouvrage sur *l'Orthopédie ou art de prévenir et de corriger dans les enfants, les difformités du corps* Alix Vve éd., 2 vol., Paris, 1741, traitant des méthodes de redressement des déformations de l'enfant au moyen d'exercices modérés.

⁸¹ **ULMANN J.**, loc. cit. pp 275-276.

⁸² **MONTES J.F.**, loc. cit. pp 253-267.

⁸³ **KARADY V.**, loc. cit , pp 49-82.

d'éducation, « *il la voit supervisée par un médecin ou un éducateur de plein titre* »⁸⁴. L'idée d'un contrôle intégral de toutes les formes de thérapeutiques physiques, en particulier la gymnastique, est défendue mais semble inapplicable compte tenu de la présence de gymnastes qui ont devancé les médecins dans l'organisation de la pratique. Les premiers médecins qui se prononcent en faveur de la gymnastique, ne s'engagent pas dans **une spécialisation médicale** et ne fondent pas un exercice spécifique. L'institutionnalisation de la pratique par des gymnastes modifie le comportement des médecins qui se transforme en deux revendications complémentaires :

- *l'une* visant à partager le marché, pour réserver exclusivement aux médecins la gymnastique curative qu'ils théorisent et dont ils dirigent les leçons dans un cadre spécial,
- *l'autre* demandant que les médecins puissent superviser l'enseignement laissé au gymnaste et destiné aux bien-portants.

Si les justifications scientifiques et théoriques des procédés sont en voie de construction et aboutissent à une certaine indication des méthodes dans le traitement de maladies, la mise en place des modalités pratiques est floue ; imprécise pour la massothérapie. L'action de faire, la réalisation du geste et son adaptation, nécessitent un temps d'apprentissage et une formation qui n'existent pas. Cet état place le médecin en décalage avec sa mission, celle d'établir le diagnostic « *l'acte médical le plus délicat* »⁸⁵, et de proposer une thérapeutique.

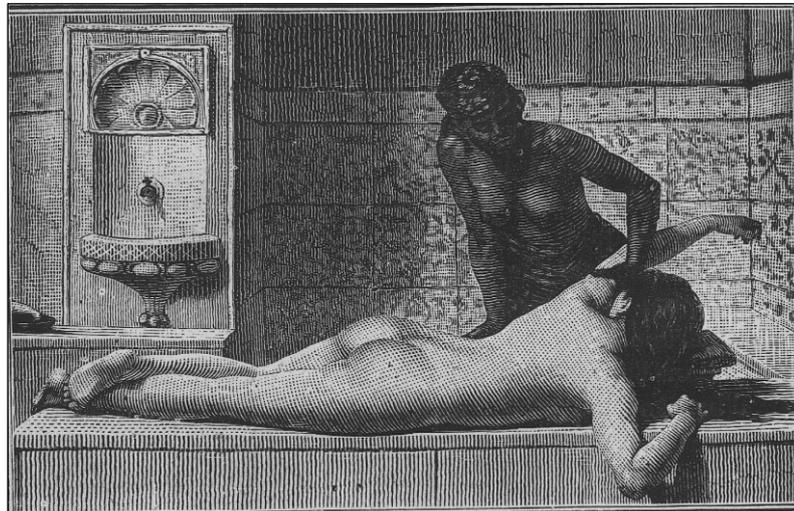
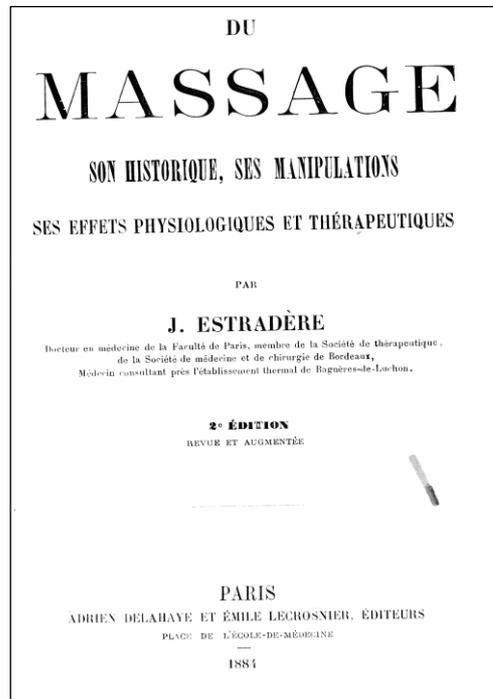
2.3. – La thérapeutique par les manipulations (massage)

Si des médecins s'intéressent à la gymnastique, aux exercices thérapeutiques, ils s'investissent également dans le massage. En ville plus qu'à l'hôpital, on assiste à la médicalisation et à une tentative progressive de captation de la pratique du massage par le corps médical. La rénovation et l'entrée du massage dans le domaine de la médecine sont dues essentiellement à des travaux français, ceux d'ELLEAUME 1860, de RIZET 1862 et surtout à ceux du **Dr Jacques ESTRADERE 1863** pour les plus importants : elles se heurtent à la présence d'empiriques « *sans règles générales de la pratique* » auxquels a recours la population.

⁸⁴ DE FRANCE J., loc. cit. p 76.

⁸⁵ JACQUEMIN A., (1914) *Le Diagnostic en médecine, genèse intellectuelle, ses fondements, sa critique* , Thèse médecine, Paris.

Le massage ou manipulations



Massage général dans un bain oriental

D'après un tableau de Debat-Pensan

Le massage par le médecin du Dr Petit 1885

2.3.1. - Le Dr Estradère, promoteur du massage

La réédition en 1884⁸⁶, de sa thèse inaugurale sur le massage, soutenue en 1863 à Paris, constitue une confirmation de l'ancrage du procédé et une tentative de systématisation de la pratique. La première édition ayant été épuisée, l'auteur considère comme un indicateur d'intérêt particulier que porte le corps médical à cette pratique. Des études et des publications produites, entre les deux éditions de l'ouvrage, surtout à l'étranger, ont validé l'intérêt du procédé qui est à la recherche d'une légitimité. Nanti d'une expérience de terrain, l'auteur se place en qualité de référent, d'arbitre et de rassembleur d'idées dont l'action est de vulgariser cet agent thérapeutique et d'être « *utile aux confrères et à l'humanité* ». Né à Bagnères de Luchon, il présente sa thèse devant les mêmes membres de jury de thèse que celui du Dr Gustave **CHANCEREL** auteur d'une thèse sur *l'Histoire de la gymnastique médicale* soutenue la même année. Ces deux thèses sont réalisées dans le service du Dr BOUVIER, chef de service à l'Hôpital des Enfants malades, fondateur de l'orthopédie médicale. (CHANCEREL et ESTRADERE ont exercé les fonctions d'externe dans le service de BOUVIER). Ces deux importants travaux montrent que la science orthopédique s'appuie sur ces deux techniques. **L'hôpital des Enfants malades est ainsi le lieu d'ancrage de la kinésithérapie qui associe le massage et la gymnastique médicale.**

La thèse d'ESTRADERE est le « *premier ouvrage qui parût dans la littérature française et étrangère sur l'ensemble des manœuvres auxquelles on donne le nom de massage* » (DR. BERNE).

Jean Dominique ESTRADERE divise le procédé en deux activités distinctes, le **massage hygiénique** s'adressant au corps sain pour améliorer ou conserver la santé et le **massage thérapeutique** réservé au corps malade qui nécessite le concours et la présence du médecin.

En 1884, le Dr ESTRADERE, membre de la Société de Thérapeutique et de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, est médecin consultant auprès de l'Etablissement thermal de Bagnères-de-Luchon où l'on pratique le massage et l'hydrothérapie depuis 1850. C'est le premier auteur à présenter au corps médical dans un même traité, un ensemble hiérarchisé de manipulations manuelles et instrumentales qui constitue le **massage**. Dans la même démarche une modification de l'appellation de la pratique doit permettre de dissocier l'activité hygiénique exercée par le masseur de celle validée par le médecin.

⁸⁶ ESTRADERE J., (1863) (1884) *Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques* Adrien Delahayes, Paris.

Pour justifier des ressources nouvelles le terme de **pselaphie**⁸⁷ est suggéré et pourrait se substituer à celui de **massage ou massement**.

Le Dr E. **DALLY**, dans le **Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales de Dechambre** (1875), rappelle qu'il a toujours contesté contre l'emploi du mot massage qui fait partie de « *l'ensemble des manipulations thérapeutiques dont le massage n'est qu'une forme à côté d'autre forme* ». Que l'on pratique des mouvements de flexion et d'extension aux membres, que l'on frotte, que l'on pétrisse, « *c'est toujours pour les médecins du massage* ». Qu'il soit hygiénique ou à visée thérapeutique, sa pratique reste marquée dans le corps médical comme une pratique brutale et violente, abandonnée et méprisée par la généralité des médecins à des gens « *incompétents, garçons de bains des stations d'eaux, rebouteurs, garçons de salle des hôpitaux, anciennes gardes malades* ». (ESTRADERE) : il s'agit de ramener et convaincre le monde médical de l'intérêt du massage.

Mais, c'est au **rebouteur** qui pratique une certaine forme de massage et représente un rival direct du médecin que la population a recours. « *Aujourd'hui encore on n'admet pas que le médecin soit un bon masseur et dans nos villes et surtout dans nos campagnes, les pauvres comme les riches s'empressent de s'adresser au rebouteur* »⁸⁸. Force est de constater « **qu'il n'est pas un point de notre territoire où le rebouteur ne fasse à cet égard la terrible concurrence au médecin** »⁸⁹. Le massage et le reboutement sont des médecines populaires particulièrement développées à la campagne où exercent des officiers de santé et quelques médecins. Le partage des tâches semble être acquis.

Dans la même démarche, la **massothérapie** (1886) dont le mot « peut paraître bien étrange » (DUJARDIN-BEAUMETZ), doit se substituer à celui de massage : il exprime clairement l'application de ce procédé à la thérapeutique. Sujet à une discussion grammaticale, car le terme n'existe pas en français, l'appellation regroupe les différentes manœuvres de massage et les mouvements artificiels communiqués, manuels ou instrumentaux. « *Lorsque l'on souffre, ne frictionne-t-on les parties malades pour diminuer les douleurs qui s'y produisent ? Chez tous les peuples, tous ceux qui souffrent emploient ces manipulations, ces frictions comme unique et seul remède.* »⁹⁰. Mais, seul le médecin possède des connaissances suffisantes pour l'indication du massage au cours d'un traitement, guidé par ses connaissances anatomiques,

⁸⁷ Mot tiré du grec signifie : tâter dans l'obscurité, tâtonner, caresser, toucher. Dictionnaire grec (1950) BAILLY A., 16^{ème} éd. Hachette, Paris.

⁸⁸ **PETIT** loc. cit. p 88.

⁸⁹ **DUJARDIN-BEAUMETZ** loc. cit. p. 32.

⁹⁰ **ESTRADERE J.**, loc. cit. p 4.

physiologiques et pathologiques. La massothérapie devient une ressource nouvelle dont s'enrichit la thérapeutique. Comme pour la gymnastique, l'intérêt de quelques médecins est d'obtenir une exclusivité théorique des pratiques de massage. Mais à la différence de cette dernière où le médecin se prononçant en faveur de ce moyen ne s'engage pas dans une spécialisation ni base une carrière sur ce marché, quelques **médecins deviennent masseurs** essentiellement en ville et fondent leur activité sur ce marché. Les quelques masseurs de métier n'ont pas la légitimité des gymnastes dont les méthodes mobilisent depuis longtemps, les Politiques, l'Armée, l'Ecole puis une fraction du corps médical. Par contre, les médecins masseurs rencontrent la présence de nombreux guérisseurs, rebouteurs, magnétiseurs qui ont recours à des formes de massage ce qui n'est pas sans poser problème au corps médical. Celui-ci ne peut accepter cette concurrence sachant que masseurs et masseuses empruntent les titres et les fonctions du corps médical et en font réclamer auprès de la clientèle.

L'application de ces agents thérapeutiques qui prétendent procurer à peu de chose près des effets proches, directs et indirects sur toutes les grandes fonctions du corps, a pour conséquence le difficile choix d'une méthode dans le traitement des maladies chirurgicales et médicales. L'expérimentation des effets en laboratoire étant rare, seuls sont relatés des faits cliniques. Pour renforcer la légitimité et élargir la mobilisation, une double démarche consiste à :

- souligner le nombre croissant de productions portant sur les procédés⁹¹ qui démontrent leurs bienfaits et l'adhésion à la méthode,
- associer le nom d'éminents praticiens, médecins des hôpitaux, chefs de service, professeurs qui recommandent l'utilisation du procédé. **« Pourquoi [alors] repousser une pratique que des médecins recommandables et des chirurgiens éminents proposent et dont les effets sont si saisissants ? »** (PETIT).

Les promoteurs déclinent les principales recherches sur les effets physiologiques du massage en insistant principalement sur les expérimentations étrangères montrant ainsi le retard de la médecine française dans ce domaine : celles du Dr **ZABLUDOWSKY**⁹², professeur de

⁹¹ Une étude quantitative réelle du volume de production littéraire dans le domaine du massage n'a pu être menée avec autant de perspicacité comme celle réalisée par Jacques DEFRANCE dans *Excellence corporelle* loc. cit. pp 68-72.

⁹² Ce savant allemand, a réalisé de très nombreuses expériences à l'Institut physiologique de Berlin. Il a pratiqué sur un certain nombre de sujets, les variations provoquées par le massage dans les facteurs suivants : le poids, la force des muscles, la température, le pouls, la respiration, la quantité d'urine, sa densité, sa composition, le phosphore, l'acide sulfurique. Die physiologische Wirkung der Massage

massage à l'Institut de Berlin sur l'homme et celles du **Dr VON MONSENGEIL**⁹³ sur des animaux. Il insiste sur celles du Dr **Georges BERNE**⁹⁴, interne des hôpitaux de Paris qui s'investit dans la pratique du massage.

Rassemblant quelques données scientifiques et expérimentales sur ces techniques en France et à l'étranger, les promoteurs vont développer les mêmes procédures argumentaires en faveur d'agents thérapeutiques considérés. Il fonde son discours sur quatre points :

- **l'historicisation** des méthodes et le caractère utilitaire voire universel des méthodes,
- **une nouvelle dénomination médicalisée des procédés et la définition** de liens des pratiques avec des disciplines scientifiquement reconnues (anatomie, physiologie),
- **des justifications** cliniques et expérimentales dans des productions françaises et étrangères (légitimité scientifique),
- **une revendication d'utilité et d'originalité** de la médecine française envers ces agents dans un monde médical en compétition.

Quels sont les principaux médecins promoteurs qui permettent la diffusion et tentent de faire adhérer le corps médical à ces procédés qui ne sont pas codifiés ? Comment envisagent-ils son exercice ?

2.3.2. - Massage et massothérapie

En 1883, le **Dr PETIT**, cadet de 20 ans d'ESTRADERE devenu médecin thermaliste, sollicite l'avis du Dr DUJARDIN-BEAUMETZ dont il est l'élève, sur l'opportunité de la traduction d'un opuscule du **Dr Albert REIBMAYR**⁹⁵, médecin à Vienne : *Le massage, son emploi dans diverses branches de la médecine pratique*. L'absence de figures, d'illustrations et de détails pratiques en fait un ouvrage incomplet et peu utilisable dans le cadre d'une présentation de gestes techniques. Un second ouvrage en mars 1884 est publié par REIBMAYR intitulé *Technique de massage*⁹⁶ agrémenté de nombreuses figures. C'est l'occasion pour PETIT, sur les conseils de son maître, de réunir les deux ouvrages pour n'en faire

und Allgemeine Betrachtungen über dieselbe im dienste der chirurgie *Archiv für klinische Chirurgie* vol 22, 1885.

⁹³ Le professeur VON MONSENGEIL publie les premiers travaux sur l'action du massage en 1876 *Über massage, der technik, wirkung und indicationen* dans *Archiv für klinische Chirurgie* vol. 19, pp 428-591 Berlin. Il démontre que le massage hâte la résorption des produits normaux et pathologiques, et que le système lymphatique est la principale voie par laquelle ces liquides sont évacués.

⁹⁴ **BERNE G.**, (1894) *Le massage manuel théorique et pratique*, Baillière, Paris.

⁹⁵ **REIBMAYR A.**, (1883) *Die Massage und ihre verwerthung in den verschiedenen Disciplinen der praktischen Medizin*. Toeplitz et Deuticke éditeurs.

⁹⁶ **REIBMAYR A.**, (1884) *Die technik der Massage* Toeplitz et Deuticke éditeurs ; l'ouvrage sera réédité en 1888.

qu'un seul : le *Massage par le médecin*⁹⁷, traduction adaptée, est publié en **1885**.

Cette publication, marque une étape importante dans le processus de légitimation de la méthode en France qui va recevoir la caution de médecins des hôpitaux de Paris et en particulier celui du Dr Paul REYNIER, (1851-1919) professeur agrégé, physiologiste qui en rédige la préface. Le Dr PETIT revendique l'exercice de la pratique et de son contrôle. L'aspect curatif de la méthode est fortement souligné par l'auteur qui exprime le souhait de « **rester médecin tout en faisant du massage** » et de faire disparaître le masseur de métier qui représente un danger, même dans l'exercice du massage hygiénique.

Afin de le différencier de celui des empiriques, le Dr BERNE⁹⁸ confirme la désignation du terme de **massothérapie** pour le massage scientifique. Il utilise et expérimente la massothérapie dans différents services hospitaliers au cours de son internat. C'est la première fois qu'un médecin, interne des hôpitaux de Paris, va exercer le massage devant ses maîtres et l'appliquer à différentes maladies. Il utilise le procédé à l'hôpital Lariboisière dans le service du **Professeur DUPLAY**⁹⁹, titulaire de la Chaire de clinique chirurgicale. Dans le service du **Professeur BOUCHARD**¹⁰⁰ (1837-1915), il s'adonne au massage général et démontre ses effets sur la calorification, la circulation, la respiration... Il apporte une contribution aux travaux de BOUCHARD dans le *Traité des maladies par le ralentissement de la nutrition* en 1882 et il montre que le massage accélère l'excrétion de l'urée. En 1887, il publie sur le traitement des fractures par le massage dont il revendique la primauté et va contester l'originalité de la méthode du traitement des fractures par le massage du Dr LUCAS-CHAMPIONNIERE, chirurgien des hôpitaux (cf. infra). La pénétration progressive dans les hôpitaux, les publications et la présence de quelques médecins qui se consacrent à l'étude du

⁹⁷ PETIT L., (1885) *Le massage par le médecin, physiologie, manuel opératoire, indications*. D'après les ouvrages du Dr Albert Reibmayr. Alex. Cocoz, éditeur, Paris.

⁹⁸ Quelques travaux du Dr BERNE De l'élimination de l'acide urique chez les sujets soumis au massage général, *Soc. de thérapeutique*, 1884, Recherches sur les modifications de la température locale sous l'influence du massage. *Soc. médico-pratique*, 1885, Modifications de la température locale sous l'influence du massage, *Journal de médecine de Paris* 1886, Sur un cas de sciatique rebelle traitée et guérie par le massage *Soc. médico-pratique et Journal de médecine de Paris*, 1886, Traitement de la constipation par le massage abdominal, *Journal de médecine de Paris*, 1887... Technique du traitement des fractures par le massage. *R. gén. de clinique et de thérapeutique*, juin 1887, Traitement des périarthrites scapulo-humérales par le massage méthodique, *Union méd.* Juillet 1887, Discussion sur le traitement des fractures par le massage. *Soc. de l'Elysée*, 1888, Traitement de l'Hydarthrose par « l'éclatement » *Union médicale*, 1889, Traitement des amyotrophies *Rev. Gén. de clinique et de thérapeutique*, 1889, Traitement des périarthrites du genou *Soc de l'Elysée*, 1889, Traitement des névrites brachiales *Soc. de l'Elysée*, 1889, Traitement de la sciatique par le procédé « du genou ». *Journal de méd. de Paris*, 1891

⁹⁹ Simon DUPLAY, né en 1836, est le fils de Mathieu DUPLAY, médecin de Lariboisière, et le petit-fils de Simon DUPLAY, secrétaire de Maximilien Robespierre, qui perdit une jambe à Valmy. Agrégé en 1866, il affirme dans son enseignement s'engager vers les routes nouvelles de l'antisepsie, il occupera la Chaire de clinique chirurgicale.

¹⁰⁰ Le Professeur BOUCHARD a consacré une part de son activité à l'étude de la pathogénie et de l'étiologie de l'obésité dans son *Traité des maladies par ralentissement de la nutrition* 1882.

massage notamment ceux attachés à l'école Cochin procurent une certaine légitimation du procédé.

On peut subir un **massage hygiénique** pour acquérir de la vigueur musculaire, pour se reposer de fatigues corporelles, comme adjuvant de douches, dans les bains, dans les établissements orientaux, que la mode établit dans les grandes villes « à la condition toutefois de ne pas tomber sur une brute, risquant par des pressions exagérées de vous produire des hématomes, comme cela serait arrivé à l'un de nos confrères ». Le massage général de tout le corps est exceptionnel il prend beaucoup de temps et on peut le confier sans inconvénient à « **un aide qu'il est facile de dresser** ». Même le massage hygiénique n'est pas sans risque. Le Dr PETIT cite son confrère de SAINT GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades qui décrit les impressions ressenties lors d'un massage réalisé dans un établissement de bains à Paris.

Supposons que vous alliez vous faire masser dans un de ces établissements si communs en Orient et que la mode, peut-être plus encore que l'hygiène, a fait adopter à Paris. Votre mauvaise fortune vous a-t-elle fait tomber sur un masseur anglais taillé en athlète ou sur un de ces Arvernes déclassés, dont la vraie place serait autour de la halle au blé, vous vous sentez pétri, moulu, brisé, et après quelques minutes d'une lutte inégale, engagée par surprise vous êtes absolument courbaturé. Aussi bien, loin de vouloir goûter cette douce quiétude que le bain turc promet à ses adeptes, vous mettez plusieurs jours à vous remettre d'une fatigue qui ne cédera qu'après des bains prolongés, à des bains anodins, suivant la tradition de nos pères. Heureux encore, si à la suite de ces sévices, vous ne constatez pas sur quelque point de votre individu un hématome prêt à se transformer bientôt en abcès. (Dr Saint-Germain 1883 *La chirurgie orthopédique* Baillière)

Ce bien être du massage hygiénique on le retrouve décrit dans *SOUVENIRS sur Guy de Maupassant par François son valet de Chambre* dans un voyage en Tunisie¹⁰¹ « Hier, j'ai pris un bain de vapeur excellent, suivi de massage. Ce nègre masseur est extraordinaire et d'une force incroyable, genre Kakléter. Il vous tourne et retourne sur la table, comme si l'on n'était qu'un petit enfant. Il fait faire aux membres des jeux à croire qu'il va vous les détacher et cela, avec une douceur parfaite, sans vous faire aucun mal ; pour finir, il saute sur la table, vous prend les jambes et vous glisse son talon tout le long de l'épine dorsale, puis vous repose sur la table, comme un lapin qu'on a fait passer de vie à trépas par cette opération. »

La stratégie consiste à laisser aux masseurs professionnels, le massage hygiénique qui est parfois dangereux, brutal et douloureux modifiant la représentation que l'on a du massage. Les stations thermales les plus en vogue sont d'après PETIT victimes de la succession des séances « c'est le massage forcé, obligatoire, pendant les 21 jours du traitement » et beaucoup de malades reviennent souvent plus

¹⁰¹ chapitre IX novembre 1887 au 5 janvier 1888 *Souvenirs* « Le beau travail du masseur nègre ».

souffrants à cause de manœuvres mal proportionnées. Si le massage bien fait, peut être utile, le massage mal fait peut être néfaste. « *Que d'insuccès, que d'exacerbations de douleurs que de retours inflammatoires ne sont dus qu'à la brutalité des masseurs* ». Aussi, le masseur professionnel est-il déprécié, lui qui « *aux eaux ou chez soi* » n'est qu'un **instrument inconscient** auquel on dit « **masse** », massage « **inintelligent, non scientifique** ».

Le masseur doit connaître l'anatomie, savoir exactement le trajet des nerfs, la place des muscles, des tendons ainsi que les fonctions qu'ils ont à remplir; l'angiologie et surtout l'arthrologie lui sont indispensables; il doit connaître également la physiologie des articulations. « *Il serait absurde de supposer que des fonctions aussi délicates pourraient être confiées à une personne sans expérience et sans éducation* »¹⁰². A la demande d'une démonstration voire d'une formation à des profanes, la réponse est formelle : pourquoi « *se leurrer de l'espoir chimérique d'arriver jamais à inculquer ces notions au premier venu ? C'est aussi peu logique que si, étant donné nos connaissances en électricité, nous essayions de lui faire manier les différents courants et de les lui faire appliquer* ». ¹⁰³

On s'inquiète aussi, de l'utilisation de **machines** proposées pour remplacer le masseur qui ne possède ni le temps et ni la force nécessaire pour l'exercice du massage. Dans certains établissements à Stockholm, à Londres, à Saint Petersburg, il existe des machines à vapeur qui tapotent, effleurent, « *plus de médecins rien que des engrenages et des roues motrices* ».

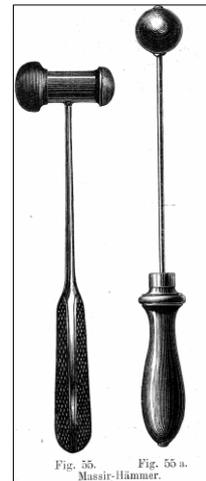
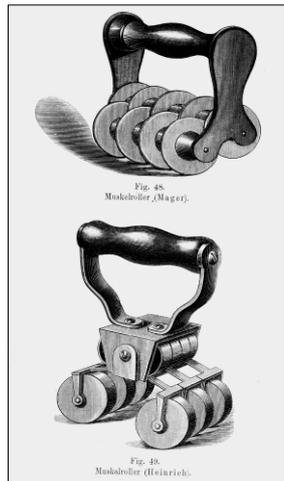
La présence de machines à masser risque de limiter le marché et de renforcer la concurrence déjà représentée par les masseurs turcs ou thermaux. Un très grand nombre d'appareils pour le massage ont été inventés, appareils employés surtout dans les établissements d'hydrothérapie et de mécano-thérapie, mais aucun appareil ne peut remplacer la main « *la main est et restera le meilleur instrument de massage* » (PETIT loc. cit).

Reconnaître au massage un rôle curatif valable, montrer les dangers de son utilisation s'il est effectué par des non médecins, démontrent la volonté **de réserver au médecin le procédé**. Tout en jetant le discrédit sur les usages populaires et sur les masseurs empiriques pour dissocier le massage de la massothérapie, on ne peut se priver d'une méthode efficace dont « *l'origine est française et que des étrangers se sont appropriée en l'améliorant.* » On va même tenter de culpabiliser le médecin praticien s'il exclut le recours à cette nouvelle thérapeutique.

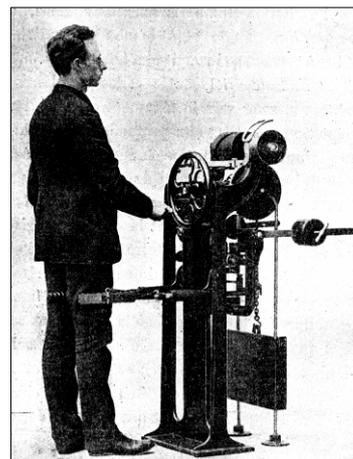
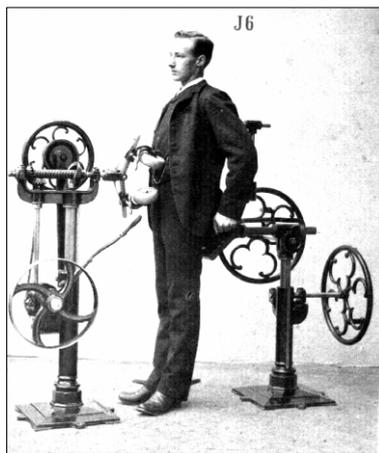
¹⁰² PETIT L., loc. cit p 12.

¹⁰³ PETIT L., loc. cit p 13.

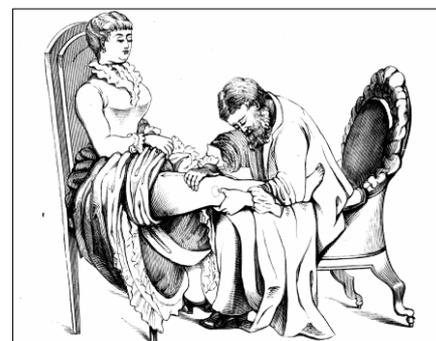
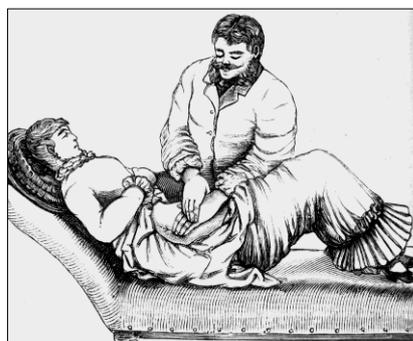
**Exemples d'instruments de massage
(HOFFA A. 1893 *Technik der massage*)**



**Appareils de massage en mécano-thérapie
(LEVERTIN A., 1893 *La gymnastique médico-mécanique Zander*)**



**Démonstration de manœuvres de massage d'après l'ouvrage du Dr Petit qui s'est
inspiré des livres du Dr Reibmayr 1888.**



2.3.2.1. - A l'étranger, un médecin masseur

Le **Dr METZGER**, (1838-1909) né à Bonn (Prusse rhénane), médecin hollandais, ancien professeur de gymnastique, « *solidement bâti et vigoureux* » donne une nouvelle impulsion à la pratique du massage auquel il applique la mobilisation passive et active dans le traitement des entorses ; de nombreux praticiens vont s'inspirer de « *l'école d'Amsterdam* ». Les patients viennent lui rendre visite à Amsterdam « *parce qu'il guérit en massant* ». Sa réputation devient européenne et sa méthode est introduite en Allemagne, en Suisse et en Autriche. Le médecin masseur ne se déplace pour personne. Les princes et les princesses qui ont recours à son traitement doivent se rendre auprès de lui, même l'Impératrice d'Autriche. Le Pape est la seule personne pour laquelle il ait fait exception en se rendant à Rome. Son tarif est unique pour tous les grands et petits. Il ne reçoit pas à son domicile, ses clients se retrouvent dans les salons de l'Amstel-Hôtel deux fois par semaine, où il passe tour à tour de patient en patient en leur faisant subir le « *massage partiel* ». Ce spécialiste avant d'être médecin, avait été garçon boucher et ses observations « *sur les animaux notamment sur les muscles, l'ont amené aux connaissances spéciales dont il a tiré parti* »¹⁰⁴. Le Dr METZGER a commencé la pratique du massage dès 1853, il reçoit la visite de nombreux médecins notamment des scandinaves.

La méthode d'apprentissage est simple « *le maître travaillait, les élèves regardaient et travaillaient plus tard eux-mêmes* ». La thèse de METZGER est une protestation contre l'abus de la gymnastique qu'il considère comme nuisible ou du moins employée à contre temps. Il propose de 1868 à 1873, une classification des entorses qu'il oppose aux fractures.

Le Dr METZGER reçoit des assistants, les seules conditions qu'il leur impose c'est d'être médecin et de rester trois mois. Le secret de l'art ne consiste pas à acquérir une grande habileté dans l'exercice des manipulations mais il faut s'occuper pendant un temps suffisamment long. Tous les malades sont des malades particuliers, les résultats ont leurs origines dans la connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Le temps est tout entier consacré à la pratique. C'est l'absence de cours théorique et une large part accordée à l'initiative personnelle privée qui constituent l'originalité de l'enseignement.

¹⁰⁴ *Revue pour l'Hypnotisme* 1896 (?)

2.3.2.2. - Spécialisation et aides

Le **Dr J. SCHREIBER**¹⁰⁵, membre de la Société médicale de Vienne, ancien professeur libre de l'Université de cette ville s'intéresse spécialement à l'application des thérapeutiques physiques et en particulier de la gymnastique et du massage qu'il regroupe sous une appellation unique le **traitement mécanique**. Il soutient le discours du Dr PETIT en développant un argumentaire contre les représentations péjoratives de la pratique du massage qui « *demanderait de la force, une aptitude, du temps et un savoir réduit* ». (SCHREIBER J.)

S'il faut reconnaître que certaines manipulations réclament de la force, on doit admettre que la main doit être puissante. Il est bon de savoir que la force s'accroît par l'exercice ou plutôt avec l'habitude : « *on ne se fatigue pas aussi vite, et l'on peut ménager ses muscles par son habileté dans l'exécution des manipulations* »¹⁰⁶. Un masseur habile n'a pas besoin d'autre outil que sa main qui s'adapte à toutes les manipulations imaginables. Les doigts, le poing, le tranchant de la main, l'avant-bras et le bras agissent de mille manières différentes que l'on peut encore multiplier à l'infini à l'aide d'un second facteur, la graduation de la force, savamment dosée par le médecin.

La pratique des cas légers ne réclame pas plus de temps que « *le pansement d'une plaie, un accouchement, une exploration à l'ophtalmoscope, la pose d'un appareil plâtré* » et dans certains cas, le traitement mécanique est supérieur aux autres car « *il évite des échecs et les essais malheureux d'une recherche de traitement* », la guérison pouvant survenir en une séance.

La thérapie mécanique comme la médecine s'appuie sur des disciplines scientifiques. L'application du procédé a recours à des connaissances anatomiques et physiologiques que l'on ne retrouve pas dans la rédaction d'une ordonnance qui devient pour certains médecins, avec le temps une routine et qui, « *ne réclamant plus qu'une faible dose d'activité cérébrale, ... ne constitue pas un travail d'intelligence* ». La rédaction d'une ordonnance ne demande souvent que bien peu de sens diagnostique, « *et encore moins de savoir médical* ».

L'exemple des médecins dans les petites villes ou à la campagne est cité, ils s'occupent de chirurgie, d'otologie, d'ophtalmologie, de laryngologie, en laissant au **spécialiste** toutes les manœuvres opératoires qui demandent une expérience et une habileté

¹⁰⁵ SCHREIBER J., (1884) *Traité pratique de massage et gymnastique médicale* Octave Doin, Paris. Dr SCHREIBER a été amené à effectuer des démonstrations à l'hôpital Necker dans le service du Dr Blache dans les années 1850 à 1860. Il était membre de la Société de Médecine de Bucarest et Directeur de l'Établissement de santé en Styrie. Francophone, membre associé de la Société française d'Hygiène, de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris, de la société de médecine et de climatologie de Nice ; il a publié en français un traité pratique de massage et de gymnastique médicale en 1884.

¹⁰⁶ SCHREIBER J., loc. cit pp 23-28.

particulières. Il en est de même pour le traitement mécanique, le praticien n'aura pas **l'habileté, la pratique, la patience et le temps** nécessaires. Pour ces cas, il faut recourir à un spécialiste qui possède en outre des appareils facilitant notablement le traitement et dirige en général un établissement où **des aides instruits** peuvent donner **leur temps et leur force**. Les cas difficiles et très longs doivent être laissés au spécialiste dont la ville permet le développement et qu'elle attire en plus grand nombre. *« Que certains de nos confrères qui se livrent spécialement à ces pratiques de massage y acquièrent une grande habileté, je suis prêt à le reconnaître et je crois que, dans les cas difficiles, il est bien d'avoir recours à leurs soins et à leurs conseils ; mais lorsqu'il s'agit de maladies courantes où la massothérapie est indiquée, je pense qu'il est du devoir et du profil du médecin de faire lui-même ces manipulations et ces paroles s'adressent surtout aux médecins des campagnes et des petites villes »*¹⁰⁷ (Pour exercer le massage, le médecin doit pouvoir établir un diagnostic exact, en déduire les indications ou les contre indications et en particulier de telle ou telle manipulation. Il doit suivre exactement la marche du traitement, en apprécier les résultats pour pouvoir le modifier, le suspendre, ou l'associer à d'autres moyens si le besoin s'en fait sentir. Ces démonstrations ne laissent pas de place aux profanes et aux empiriques, elles ont pour but de limiter la concurrence, l'exercice illégal et de contrôler le marché dans sa totalité.

Le **massage thérapeutique** est celui auquel on a recours dans un but curatif pour des lésions déterminées. Le médecin doit connaître l'action et le manuel opératoire, il ne saurait sans danger laisser le massage à des mains étrangères : il tient *« à rester médecin, et nous pensons que le praticien ne saurait se déshonorer en s'adonnant à la massothérapie »*. Le médecin, soucieux de sa dignité, épris de son art, ne doit dédaigner aucun des moyens que la thérapeutique met à sa disposition. **Le massage par le médecin doit être est une nouvelle branche de la thérapeutique.**

Malgré une prise de position des experts dans l'exercice du massage, force est de constater que le médecin ne peut consacrer le temps ni l'investissement voulu pour mettre en œuvre ces manipulations, la question d'un praticien non médecin s'impose dans bien des cas.

Si l'application du massage pour traiter les maladies reste encore à démontrer, la question de la qualification du praticien est sous-jacente. Méthode hygiénique, toute personne peut s'improviser masseur ou masseuse, méthode thérapeutique, elle ne peut qu'être réalisée que par le médecin ou surveiller par lui, les positions divergent dès sa mise en pratique. La frontière en l'hygiène et le thérapeutique est floue. Faut-il prévoir une spécialisation médicale en massage,

¹⁰⁷ Dujardin-Beaumetz loc. cit les Leçons de Cochin

laisser les empiriques poursuivre leurs activités à la demande de certains médecins praticiens ou former des aides à pouvoir limiter ?

2.4. - Masseuse et masseur

La femme est de préférence choisie, elle est déjà une « aide éclairée » à l'hôpital où elle joue une place prépondérante dans le personnel secondaire qui doit assister le personnel médical. DUJARDIN-BEAUMETZ se place dans la mouvance des missions du Conseil Supérieur d'Assistance Publique qui va quelques années plus tard militer pour qu'un apprentissage validé par des examens soit instauré pour concourir au succès des traitements prescrits.

Le **Dr MURREL**, propose le modèle anglais inspiré par celui de Florence NIGHTINGALE pour les soins infirmiers ; *la nurse*, infirmière qualifiée, aidée par des hommes pour les ouvrages de force qui ne nécessitent « *ni instruction ni compétence spéciale* ». En Angleterre « *on a bien compris, que c'est aux femmes surtout qu'il appartient de donner des soins aux malades ; qu'elles ont seules les qualités de douceur et les qualités de grâce et de charme qui sont indispensables à cette tâche* ».

Ainsi s'exprime le rapporteur sur le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers le **Dr NAPIAS**¹⁰⁸. L'Assistance Publique en Angleterre n'a pas comme dans beaucoup de villes françaises, une méfiance de la femme. On confie aux femmes les soins des malades et l'administration des hôpitaux, mais on exige **une compétence**. Rien qu'en Angleterre on compte plus de 20 établissements hospitaliers dont le personnel est entièrement féminin ; depuis 1880 plus de 200 femmes médecins occupent des situations variées¹⁰⁹. De son côté, le corps médical français comme la population, est *partagé entre « l'incrédulité, le scepticisme railleur ou une attitude viscérale de rejet »*¹¹⁰ au sujet de l'accession des femmes à la profession médicale. Pour le Dr RAYNAUD, cité par Pierre DARMON, la femme médecin est à ranger au nombre des *parasites de la médecine*, elle appartient à une nouvelle espèce exotique et, en se dépouillant de tous les attributs de son sexe, elle devient « **un être hybride, ni homme ni femme, pas même Auvergnat** »¹¹¹

¹⁰⁸ Inspecteur général de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine.

¹⁰⁹ Alors qu'il n'existe en 1885 à Paris que trois femmes médecins, en 1906 elles sont au nombre de 85 pour toute la France. In La vie quotidienne du médecin parisien en 1900. DARMON Pierre, loc. cit. pp 208-216

¹¹⁰ DARMON P., loc. cit. pp214-215.

¹¹¹ DARMON P., loc. cit. p 216.

Ce modèle d'aide, comme la nurse, semble satisfaire certains promoteurs du massage peut être transposé à la masseuse.

Tout en reconnaissant que c'est le médecin ordinaire du malade qui doit pratiquer dans la plupart des cas le massage, le Professeur W. MURRELL¹¹² professeur anglais de médecine introduit la notion que le massage peut être effectué par des non médecins pour les cas simples sous réserve que l'exécutant soit **une femme**, ayant subi une formation théorique et pratique.

2.4.1. - La femme, auxiliaire naturelle du médecin

Le fait de réserver aux femmes la pratique du massage n'est pas réputée sans arrière pensée. Comme les infirmières, la femme est choisie pour ses qualités « *bonté, dévouement, énergie, soumission, obéissance, discipline, respect de la hiérarchie* »¹¹³. Elle peut tenir ce rôle **d'auxiliaire en massage** et donner des soins prescrits par le médecin : formée par et pour le médecin, elle va rester à son service. « *je veux ainsi désigner surtout les femmes qui ont des aptitudes toutes spéciales pour faire de bonnes masseuses* ». Les raisons de cette reconnaissance s'appuient sur deux principes :

Pudeur ou de bienséance

« *Bien des clientes ne veulent être massées que par des dames* ». Pour les femmes et les enfants, on s'adresse à une masseuse accomplie qui doit être une dame d'une bonne instruction. **MURRELL** soutient l'honorabilité des pratiques corporelles dont le renom est fâcheux depuis plusieurs siècles : le massage est porteur d'une mauvaise réputation, il est synonyme de sensualité, de volupté et de prostitution. Le Dr Charles LONDE¹¹⁴ dans son ouvrage indique que le massage n'est d'après les voyageurs « *qu'une manœuvre des plus voluptueuses par des personnes de sexe différent et qu'on se garde bien de choisir parmi les moins jeunes et les plus disgraciées de la nature* » ; cette manière de voir a nuï beaucoup au développement du massage en France. **MURRELL** signale, dans un article (*Massage and morals*) paru dans le journal médical anglais *The Lancet*, que certaines dames ayant du subir un traitement par le massage, se sont plaintes de l'attitude du masseur et « **que le plus souvent le soi-disant massage médical n'avait rien de ce qui rappelle, même de loin une méthode de l'art** ».

¹¹² Loc. cit. *La pratique du massage*

¹¹³ **KNIBIEHLER Y** (1984) *Cornettes et blouses blanches*, Hachette.

¹¹⁴ loc. cit. BOUVIER ET LONDE in traitement de la chorée par le gymnastique.

Le 19^{ème} siècle qui admet « *qu'une femme pose nue pour un peintre tolère mal qu'elle se déshabille devant son médecin* »¹¹⁵ L'époque se préoccupe d'éducation, d'instruction publique et de gymnastique qui deviennent obligatoires. Elle s'occupe également de la morale et de l'hygiène qui doivent combattre une pudeur individuelle que l'on éprouve devant son propre corps. « *Le nu est impudique où qu'il soit* »¹¹⁶. La pudeur et la bienséance exigent qu'on appelle les femmes comme médecins, auprès des femmes. Mais ce siècle interdit rigoureusement aux femmes la pratique de la médecine pour préserver *apparemment la pudeur des messieurs*. On découvre qu'il faut déshabiller les malades, et l'on comprend mieux la nécessité d'accepter les femmes dans la pratique du massage des femmes et des enfants pour des raisons de pudicité et de protection de la sexualité infantine et la difficulté d'imposer le massage gynécologique. Comme on le constate des personnes du « sexe » éprouvent une certaine répugnance à se montrer à des hommes qui ne revêtent pas le caractère indifférent du médecin et on est « *obligé d'accepter que des femmes pratiquent le massage* ». Les femmes ne craindront pas ainsi de se montrer nues à des masseuses.

aptitude et intelligence

« *Il est insensé d'aller chercher le cocher dans son écurie, le valet de chambre ou sa laveuse de vaisselle dans sa cuisine pour les transformer en une leçon en opérateurs surs et compétents* » (MURRELL). Le massage est un art qui ne peut être acquis que par l'étude et une pratique prolongée sous une direction éclairée. « *Il faut dresser des opérateurs mais il est essentiel qu'elle suive [la femme] des cours d'anatomie artistique et plastique sinon, c'est une vulgaire frotteuse* ». Le LANCET, confirme qu'il faut deux ans pour acquérir l'habileté nécessaire. Une formation s'impose, complétée d'une santé sans faille, d'un caractère gai, d'un visage agréable, de bonnes manières, d'une main souple, d'une bonne éducation et des sentiments délicats,...

La femme, auxiliaire du médecin, doit posséder des notions d'anatomie et de physiologie suffisantes pour comprendre et exécuter avec exactitude les manœuvres prescrites. La valorisation de l'aide est aussi un moyen de montrer que la méthode présente des qualités d'efficacité et d'utilité, d'autant que la personne présente des qualités intellectuelles. Une grande force physique ne lui est pas nécessaire, mais **l'aptitude et l'intelligence** sont les qualités requises, elle doit être une dame de bonne instruction. « **Si elle inspire en même temps de la sympathie, cette qualité rendra ses services doublement précieux ; il lui faudra connaître la position des différents organes, le**

¹¹⁵ BOLOGNE J.C. loc. cit. p 210.

¹¹⁶ BOLOGNE J.C., loc. cit. pp 405-407.

trajet et les rapports des grandes artères, veines et nerfs, des faits élémentaires de physiologie, tels que les fonctions des organes la disposition de la circulation, et les processus généraux de la nutrition et justifier d'une expérience pratique des effets produits par les genres de manipulations¹¹⁷». Chaque fois qu'il s'agit d'une femme ou d'un enfant, on doit préférer une masseuse de confiance et expérimentée que l'on aura choisie avec autant d'attention que l'on choisit « **une nourrice », et qui appliquera le traitement sous la direction du médecin.**

On remarque que le corps médical accepte la présence d'un aide sous réserve que cet aide soit en possession de connaissances médicales élémentaires données par un médecin. Dans certains cas, le médecin pourra, de préférence, recourir à une masseuse, mais devra réclamer d'elle une « *connaissance exacte de l'anatomie une grande habileté manuelle et c'est sous ses yeux et d'après les indications du médecin que le massage sera pratiqué* ». Mais, on rappelle qu'il est préférable que le médecin pratique lui-même le massage ou l'adresse à un confrère qui a fait de la massothérapie, une étude spéciale.

Si le modèle anglais semble séduire quelques médecins dans une division du travail, le Dr ESTRADERE, précurseur du massage en France, introduit la présence d'un **aide masseur** véritable manoeuvre qui par sa force et sa disponibilité vient aider le médecin pour les tâches pénibles.

2.4.2. - L'homme, un manoeuvre aide masseur

Le Dr ESTRADERE en proposant une double définition du massage définit deux types de tâches :

- en fonction des effets désirés, c'est « *l'action d'une personne sur une autre, exercée au moyen de manipulations pratiquées dans le but de guérir une maladie ou de conserver la santé* » : la polarisation sur la santé et le soin est nettement déclarée,
- considéré dans son action purement physique, c'est « *l'art de pétrir le corps avec les doigts, de frictionner avec la main ou un instrument destiné à cet usage, de le percuter soit avec la main ou un instrument spécial et de faire exécuter aux articulations les mouvements qui leur sont propres ; le tout dans un but hygiénique ou thérapeutique. La pression, la friction, la percussion et le mouvement, tels sont les quatre termes génériques des diverses*

¹¹⁷ « Il est peu utile de dire à la masseuse qu'il faut faire de l'effleurage du trapèze dans le sens des fibres musculaires, si elle ignore complètement la position et la direction de ce muscle. Pour travailler utilement, elle doit avoir présente à l'esprit la disposition des parties situées sous la peau ». (MURRELL)..

manipulations qu'exerce le masseur »¹¹⁸. La polarisation est centrée sur la manipulation mécanique que doit exercer le praticien.

Ces définitions mettent en évidence un **double enjeu** : une maîtrise technique du procédé que doit posséder le « masseur » et une analyse des résultats escomptés. Aussi, précise-t-il un « cahier des charges » d'un « **masseur idéal** » pour suppléer le médecin qui ne peut **consacrer le temps et la force** nécessaire à l'application de la pratique.

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)* ». Le masseur doit posséder comme la masseuse des qualités de cœur, un caractère gai, un visage agréable et de bonnes manières. Il n'est jamais utile d'employer une personne qui n'est pas sympathique au patient. La première qualité du masseur n'est pas tant une force surhumaine qu'une vigueur qui lui permette des efforts soutenus beaucoup d'observation et de discernement. Pour exercer avec facilité le massage, il convient de posséder un corps robuste et résistant; sans cette condition, le praticien est exposé à ressentir de grandes lassitudes, pouvant même l'obliger à renoncer à sa profession.

L'auteur légitime la présence d'un **masseur de métier**¹¹⁹ libre d'exercer le métier sous réserve qu'il ne réalise pas des soins thérapeutiques. Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, reprenant le discours du Dr. ESTRADERE insiste sur l'intérêt que le médecin doit apporter au procédé mais reconnaît que pour le massage hygiénique et certains massages thérapeutiques « *il n'est pas nécessaire qu'il soit toujours fait par le médecin, un homme de métier exécutera mieux que lui ces manipulations souvent trop pénibles...* ».

¹¹⁸ **ESTRADERE** Loc. cit pp 14-17 L'application de la méthode impose l'utilisation d'instruments ou arsenal d'un petit volume ; la brosse souvent ordinaire pour effectuer des frictions douces, le gant pour éviter les excoriations de la peau, le strigile ou raclette instrument décrit par Hippocrate en forme de faucille, mousse sur ses bords et terminé par un manche à l'une de ses extrémités l'autre étant arrondie et mousse, la roulette petit instrument composé de roues que le masseur promène sur la peau, la palette ou battoir instrument de percussion dont on justifie l'expression « se battre les flancs », le faisceau de branches composé de branches de bouleau, les onguents, pommades, huiles, savons.

¹¹⁹ Dans l'introduction de 1863, ESTRADERE indique que pour la description des manœuvres de massage, il a fait appel à la pratique d'un masseur habile de l'Etablissement de Bagnères-de-Luchon qui a bien voulu se prêter devant lui, toutes les fois nécessaires à l'exercice de l'art de masser.

2.4.3. - Une promotion difficile du massage par le médecin

L'abandon de ces pratiques est lié au statut social du médecin qui a pensé que c'est « *faire déchoir la médecine* » que de s'occuper de pareilles manœuvres, et qu'il faut les livrer aux mains des gens subalternes.

L'utilisation du massage par le corps médical et sa généralisation se trouvent limitées pour différentes raisons :

- la nécessité d'un apprentissage pratique pénible, d'une constitution forte et de qualités physiques propres à assumer la pénibilité de l'intervention et de la disposition du temps nécessaire à l'exécution des manœuvres. Les « *médecins ne sont pas habitués à des travaux manuels, si durs et quelquefois trop longs* »(ESTRADERE).

- la présence de professionnels de métier auxquels on fait appel « *il faut pour obtenir un certain degré de souplesse de la peau, un certain degré de rubéfaction reconnus seulement par les hommes du métier. Il faut admettre, en effet, que ces objections sont autant de motifs sérieux pour abandonner le massage hygiénique à des spécialistes*»,

- le nombre limité de justifications scientifiques et d'applications thérapeutiques alors que la seconde moitié du siècle est marquée par la démarche scientifique sous l'impulsion de chercheurs tel CL. BERNARD et L. PASTEUR surtout qui trouvent que la médecine n'est pas assez scientifique et technique,

- le partage impossible de l'art de guérir avec les empiriques indignes de faire partie du corps médical. Les guérisseurs et empiriques utilisent les passes, l'imposition des mains, les vibrations, les effluves qui sont assimilés aux pratiques du massage. Mais, le corps médical ne doit pas non plus rejeter un moyen utile seulement parce qu'il aura été découvert et employé par des hommes étrangers à l'art de guérir,

- la méfiance voire de l'hostilité de la part de certains médecins par parti pris au massage qui possède « *un mauvais renom et porte avec lui un parfum de charlatanisme parce que en réalité le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides.* », de plus sous ce vocable se cache parfois la prostitution.

Le corps médical se trouve confronté à l'exercice illégal de la médecine au travers de l'exercice du massage. Le massage est libre mais la massothérapie doit être réservée au médecin, existe-t-il une frontière entre les deux procédés ?

Ayant confirmé le rôle thérapeutique du procédé, le médecin se trouve confronté à son exercice pour justifier sa rhétorique et limiter la concurrence. Oppositions et résistances sont présentes dans les stratégies développées par le corps médical, pour conserver le monopole de l'exercice de la médecine et laisser à la profession dominante un champ élargi d'activités. Sont notés la pénibilité du travail, le rapport avec le corps par des manipulations appliquées directement sur lui et, présageant une division du travail au sens sociologique, la présence concurrentielle de profanes, d'empiriques, de charlatans, d'hommes et de femmes auxquels ont recours les populations voire le corps médical lui-même.

Les pratiques populaires peuvent-elles pénétrer en quelques décennies le monde médical et universitaire alors qu'elles ont été délaissées et méprisées pendant des siècles par ceux qui veulent en faire leur nouveau champ d'activité ?

Deux opinions vont s'opposer entre :

- **des médecins masseurs praticiens, initiateurs de la méthode désirent exercer la massothérapie principalement en ville.** Selon eux, cette pratique devrait être réservée aux seuls médecins compte tenu de son importance et de ses enjeux, elle devrait faire l'objet d'une *spécialisation thérapeutique*. La profession dominante ne peut accepter de se fragmenter et de laisser à des profanes l'exercice de la thérapeutique. Aucune concession ne peut être faite, à l'exception du *massage hygiénique* pratiqué dans les hammams, pour le confort ou la toilette. Cette position permet aussi de diriger des aides disciplinés de proximité, pour les activités pénibles et répétitives, serviteurs ou domestiques.

- **des médecins promoteurs du massage**, ne critiquant pas la présence du masseur de métier, favorables à l'exercice du massage hygiénique voire thérapeutique, sous réserve de choisir et de sélectionner des profanes « *de métier* » pour appliquer le procédé sous la direction du médecin, d'exécuter une méthode technique thérapeutique dans un champ précis. Dans ce but une formation théorique et pratique est nécessaire. Il est préférable de la dispenser à des femmes qui sont du fait de leur statut social, ne créeront pas de concurrence et resteront soumises à l'homme et donc au médecin. Sous des critères d'obéissance stricte, des hommes pourront leur être préférés dans le cas de travaux pénibles et de force qui ne demandent pas de compréhension. On est alors dans la mouvance de la fondation d'un métier d'aide du médecin, d'une *para-profession* comme le présente l'approche fonctionnaliste dans l'étude

des groupes professionnels « celle dont les études sont courtes, le statut faiblement légitimé, contrôlée par la profession dominante »¹²⁰.

- **des médecins généralement dominants** qui refusent cette pratique dont la connotation empirique et populaire ne doit pas pénétrer le monde savant de la médecine.

Les prises de positions vont alimenter le débat durant la fin du 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècle.

¹²⁰ FREIDSON E., loc. cit. *Les métiers paramédicaux*. pp 58-76.

Conclusion

Gymnastique et massage mobilisent des activités aux objectifs différents, les standards de pratiques ne sont ni stables et ni homogènes, mais ces procédés possèdent un noyau commun d'activité, une **méthode manuelle et physique** à visée thérapeutique, centrée sur un acteur capable de réunir des aptitudes semblables aux procédés. De la qualité de la manipulation ou du contrôle de la bonne réalisation de l'exercice dépend le résultat. La présence d'un spécialiste dans la pratique des deux méthodes, risque d'entraîner un transfert de compétences du généraliste, informé de nouvelles techniques, vers le spécialiste quel qu'il soit et valoriser la technicité au détriment de la maîtrise de la théorie et des résultats escomptés: « *le médecin ne peut être omniscient, « il dirige son client vers des personnes qui ont la réputation de manier habilement des moyens thérapeutiques à des spécialistes dans leur intérêt* »¹. Parmi les collaborateurs, certains sont médecins, d'autres sont des praticiens qui vivent en marge de la profession dont l'habileté technique est reconnue...« *les malades se persuadent [alors] que si le médecin a dû recourir à l'habileté technique d'un praticien, celui-ci a sur sa maladie des notions supérieures à celles du médecin* » (LIEVRE 1905). Cet état de fait n'est pas sans inquiéter le corps médical qui ne peut accepter de partager son champ professionnel dans une mouvance de rassemblement autour d'un exercice unique. L'impossibilité pour le médecin de connaître toutes les techniques et de s'outiller pour les appliquer, risque de **« rétrécir le champ d'exercice du médecin ordinaire »**. On comprend le manque d'enthousiasme des médecins de ville pour les spécialités et les spécialistes qui risquent de limiter leur exercice et ont recours à des aides, dont le nombre se développe. Le corps médical ne peut accepter de prendre le moindre risque d'être spolié ou exproprié du champ professionnel ou du moins de ne pas maîtriser tout ce qui s'en rapproche. La profession dominante doit impérativement convaincre, pour rester le maître d'œuvre de la distribution des soins, de confirmer l'illégalité de ceux qui exercent la médecine sans être médecin ou de contrôler les profanes auxquels ils ont recours. La situation est sans équivoque à l'hôpital où un personnel secondaire est présent, mais le problème reste entier en ville où le médecin est confronté à la présence d'empiriques et d'extra-médicaux.

L'absence de gymnastes médicaux et de médecins capables d'exercer ou de démontrer le procédé, limite une éventuelle division du travail car, même si le médecin demande de « *faire faire de la*

¹ LIEVRE L., (1905) loc. cit p 3.

gymnastique ou de l'exercice », le gymnaste est libre de mettre en œuvre une pratique qu'il est le seul à maîtriser, confortant plutôt un statut de collaboration et non celui d'aide du médecin. L'éclectisme de la pratique et un champ d'application élargi à l'enfant, à l'hygiène, aux sports, à l'armée...font de la gymnastique un enjeu politique et économique : le gymnaste ne représente pas un concurrent direct du médecin : il n'empiète pas sur la mission de celui-ci, il ne fait pas de diagnostic et ne prétend pas connaître la médecine ; il apporte son concours au traitement de certaines affections. La production des mouvements est collective et visible, le pratiquant réalise le mouvement souvent en public.

La gymnastique civile n'étant pas adaptée à la médecine, **la gymnastique suédoise manuelle ou kinésithérapie** est une solution adaptée pour le traitement des malades, mais il faut un « professeur pour chaque élève », c'est la raison pour laquelle, elle est initialement écartée en France. Les médecins tentent initialement de lui substituer la *mécanothérapie ou la gymnastique de l'opposant* où des élastiques et des poids se substituent au gymnaste. La présence **d'un gymnaste médical** agissant sous le contrôle du médecin est implicite, mais cet acteur n'existe pas. La possession d'une méthode accessible au corps médical permettra au médecin d'imposer un praticien, obéissant et discipliné, qui sans connaissances médicales particulières, appliquera les exercices dans un cadre particulier (gymnaste ou hôpital) : le statut de ce type de personnel est celui d'un **auxiliaire du médecin**. L'application du mouvement à la thérapeutique ou kinésithérapie n'est pas encore une production stable, elle ne peut se généraliser dans l'exercice de la médecine hospitalière et de ville : elle reste une pratique potentielle et prophétique.

Le **massage** trouve des applications ancestrales au traitement des maladies, aidé occasionnellement s'il le faut par une instrumentation. La présence de praticiens profanes, nombreux et variés, empiriques et rebouteurs, proposant des gestes uniquement à visée thérapeutique, consultés par une partie de la population, oblige le corps médical à s'investir dans ces pratiques afin de limiter la concurrence avec plus de détermination et d'urgence. Le développement des pratiques de massage hygiéniques, associées aux cures thermales et à l'hydrothérapie entraînent une augmentation du nombre de masseurs dont certains ont le soutien du médecin. Sur le plan stratégique, certains d'entre eux promoteurs du procédé, dénoncent les pratiques médiocres effectuées par ces opérateurs et tentent de démontrer les dangers auxquels s'exposent ceux qui les consultent. Ils tentent alors de tracer des frontières entre hygiène et thérapeutique, entre art et non-art, sacré et profane, pour laisser les pratiques hygiéniques aux doucheurs et masseurs des hammams et exercer un contrôle sur les marchés potentiels de la massothérapie. Ils développent la théorisation du procédé et pour ceux qui s'engagent dans cette pratique la possibilité de se prévaloir de l'appellation de **spécialiste**.

Seul, ce praticien est libre de s'entourer, s'il en juge l'utilité, d'aides pour l'exercice des pratiques pénibles, fatigantes, répétitives. On est ici une nouvelle fois placé dans une division du travail.

La pratique du massage à l'opposé de la gymnastique reste toujours individuelle et discrétionnaire, centrée sur les qualités du praticien. L'inspection, la palpation, le toucher, la percussion font partie de l'examen clinique et de l'apprentissage médical², ils se développent sur un patient déshabillé et étendu sur un lit d'examen³. Le massage présente une proximité avec cet examen clinique, composé de manœuvres palpatoires et de percussions sur un sujet dévêtu dans la continuité de l'examen. Le massage dans ses procédures devient un outil de diagnostic et thérapeutique ; il est d'autant plus proche de l'exercice médical que la gymnastique en est éloignée, par son application localisée, individuelle, manuelle et intime. De plus comme nous l'avons noté, cette médecine manuelle présente des avantages. Elle n'introduit dans l'organisme aucune substance toxique, ne nécessite pas le recours à d'autres acteurs de santé, (pharmacien ou chirurgien) ; elle permet d'établir un diagnostic et de traiter en « direct » le malade. Quelques médecins initiateurs en apportant un ordonnancement, une classification, une progression de la pratique tentent d'apporter une légitimité scientifique : certains d'entre eux sollicitent à l'opposé de la gymnastique, l'exclusivité de l'exercice du procédé. L'exercice du *massage hygiénique*, pour acquérir de la vigueur musculaire, pour se reposer de fatigues corporelles, comme adjuvant de douches, dans les bains, dans les établissements orientaux, que la mode établit dans les grandes villes, est libre. Par contre toutes les pratiques qui apportent un concours à la cure de maladies sont du domaine médical et ceux qui les exercent doivent être médecins ou des aides contrôlés par lui. Le médecin initiateur en apportant un ordonnancement, une classification, une progression de la pratique tentent d'apporter une légitimité scientifique : certains d'entre eux demandent en opposition de la gymnastique, l'exclusivité de l'exercice du procédé. Les premiers médecins se prononçant en faveur de ce moyen sont partagés, les uns engagent leur confrère dans la **spécialisation** et fondent leur carrière sur ce marché, d'autres cautionnent le procédé mais acceptent que des profanes sous leur direction, exécutent les manœuvres répétitives et qui demandent du temps. La difficulté de tracer les frontières entre hygiène et thérapeutique double la difficulté et revêt ici toute son importance.

Si l'alliance avec la médecine permet de légitimer la pratique suivant un cahier des charges imposé par le médecin⁴, le corps médical va devoir rationaliser la méthode ou en importer une en ce qui concerne

² LASEGUE Ch., GRANCHER J., (1882) *La technique de la palpation et de la percussion à l'usage des étudiants en médecine*, Asselin et Cie, Editeurs, Paris.

³ HOERNI B., (1996) *Histoire de l'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. Imothep/Maloine.

⁴ DEFRANCE J., loc. cit. pp 83-84

la gymnastique. Possédant des savoirs, ce qui facilite la recherche sur les effets du procédé, les premiers médecins promoteurs tentent de forger une légitimité scientifique en s'appuyant sur des expérimentations en laboratoire, mais leur petit nombre limite la pénétration dans le corps médical des procédés. Massage et massothérapie ne nécessitent pas d'investissements particuliers, ni de lieu réservé pour son exercice. Plus en rapport avec le malade et la maladie, le médecin peut entreprendre immédiatement la méthode qui s'appuie sur une connaissance anatomique, science dont tout médecin a reçu l'enseignement. Par ailleurs, les initiateurs de la méthode rappellent régulièrement la simplicité du procédé et son efficacité pour solliciter une adhésion du corps médical. L'absence de la nécessité de la maîtrise d'une instrumentation et un apprentissage réduit, doivent permettre au massage de bénéficier d'une pénétration plus rapide dans le champ médical. A contrario, ce constat favorise son expansion chez les profanes et les empiriques qui l'utilisent depuis de nombreuses années et dont la mission n'est pas de rechercher les justifications scientifiques. L'exercice du massage semble montrer moins de contrainte que celui de la gymnastique, ne requérant pas une connaissance physiologique des mouvements et des qualités physiques corporelles : la main apparaît un outil plus facile à éduquer.

Mais le procédé demande du temps, de la répétition et une dépense physique, aptitudes qui ne sont pas celles de la profession de médecin.
