



"Comment les kinésithérapeutes de Belgique francophone construisent-ils leur identité professionnelle dans un contexte de professionnalisation ?"

Briffeuil, François

ABSTRACT

INTRODUCTION : Depuis le XXème siècle, la kinésithérapie est un métier paramédical qui se professionnalise sur base du modèle de professionnalisation médicale. En 2022, les kinésithérapeutes belges ont manifesté leur mécontentement par rapport au manque de reconnaissance de leur profession et revendiqué une revalorisation de leur travail. Ce mémoire s'intéresse aux expériences professionnelles des kinésithérapeutes de Belgique francophone et à l'évolution de leur identité professionnelle. **OBJECTIFS :** Ce mémoire a pour objectif d'étudier la professionnalisation des kinésithérapeutes et de comprendre les mécanismes qui la freinent ou la dynamisent. Il confronte la socialisation professionnelle théorique des kinésithérapeutes à une analyse du processus basée sur leurs témoignages pour en dégager des convergences et divergences. Enfin, ce travail s'intéresse aux éléments qui construisent l'identité professionnelle des kinésithérapeutes et à leur place dans le paysage de soins. **MÉTHODES :** Pour ce faire, un échantillon de convenance regroupant sept kinésithérapeutes âgés de 23 à 64 ans a été constitué. Ils ont participé à des entretiens individuels semi-directifs élaborés sur base d'un guide d'entretien construit préalablement à partir d'une revue de la littérature scientifique et de trois variables de la professionnalisation : l'autonomie au travail, l'identité professionnelle et l'expérience du travail. L'analyse des données et leur interprétation suivent une démarche hypothético-déductive. R♦...

CITE THIS VERSION

Briffeuil, François. *Comment les kinésithérapeutes de Belgique francophone construisent-ils leur identité professionnelle dans un contexte de professionnalisation ?*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Thunus, Sophie. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:36087>

Le répertoire DIAL.mem est destiné à l'archivage et à la diffusion des mémoires rédigés par les étudiants de l'UCLouvain. Toute utilisation de ce document à des fins lucratives ou commerciales est strictement interdite. L'utilisateur s'engage à respecter les droits d'auteur liés à ce document, notamment le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit à la paternité. La politique complète de droit d'auteur est disponible sur la page [Copyright policy](#)

DIAL.mem is the institutional repository for the Master theses of the UCLouvain. Usage of this document for profit or commercial purposes is strictly prohibited. User agrees to respect copyright, in particular text integrity and credit to the author. Full content of copyright policy is available at [Copyright policy](#)

Faculté de santé publique

« Comment les kinésithérapeutes de Belgique francophone construisent-ils leur identité professionnelle dans un contexte de professionnalisation ? »

Mémoire réalisé par
François Briffeuil

Promoteur(s)
Sophie Thunus

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Comment les kinésithérapeutes de Belgique francophone construisent-ils leur identité professionnelle dans un contexte de professionnalisation ? »

Mémoire réalisé par
François Briffeuil

Promoteur(s)
Sophie Thunus

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Sophie Thunus, pour sa confiance et ses conseils avisés qui m'ont guidé durant la réalisation de ce travail.

Je pense également à mes amis et ma famille qui m'ont soutenu durant la rédaction de ce mémoire, mais aussi durant l'entièreté de mon master en sciences de la santé publique.

Je souhaite remercier plus particulièrement Fabienne Alexandre, ma maman, pour son investissement et ses relectures tout au long de ce travail.

Enfin, j'adresse toute ma gratitude aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail par leurs connaissances, leur expertise et leur participation.

*« Ai-je fait acte utile à la communauté ? Je me suis donc rendu service.
Aie toujours et en toute occasion cette maxime à ta portée, et ne t'en dépossède jamais. »
(Marc Aurèle, 1999, p.156)*

DECLARATION DEONTOLOGIQUE CONTRE LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoirs que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

1.	Cadre théorique et contextualisation	1
1.2.	Qu'est-ce que le travail ?.....	1
1.3.	De l'identité aux identités.....	4
1.4.	La professionnalisation.....	6
1.5.	Les soins.....	12
1.6.	La petite histoire de la kinésithérapie.....	14
2.	Méthodes	17
2.1.	La question de recherche et nos hypothèses.....	17
2.2.	Approche et récolte des données	18
2.3.	Profils des répondants	20
2.4.	Modèle et méthode d'analyse.....	21
3.	Résultats – Présentation des données	22
3.1.	L'identité	22
3.1.1.	L'identité – processus biographique.....	22
3.1.2.	L'identité – processus relationnel.....	22
3.2.	L'autonomie	24
3.3.	L'expérience professionnelle.....	26
3.4.	La professionnalisation.....	28
3.4.1.	La professionnalisation « from above »	28
3.4.2.	La professionnalisation « with in ».....	29
3.5.	Une profession à pratique prudentielle.....	31
4.	Discussion - Analyse des données.....	32
4.1.	Le contexte de la professionnalisation	32
4.1.1.	La relation de soin	32
4.1.2.	L'autonomie dans la profession.....	34
4.1.3.	Une perspective d'évolution de l'autonomie au travail.....	35
4.1.4.	Un changement dans la formation.....	38
4.2.	La construction de l'identité.....	40
4.3.	Une identité à plusieurs rôles et un nouveau modèle de professionnalisation.....	41
4.4.	Perspectives	43
5.	Limites.....	43
6.	Conclusions	44
7.	Bibliographies	45

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Schéma de la structuration du travail.....	3
Figure 2 : La triangulation de l'identité selon Claude Dubar (Fray & Picouveau, 2010)	5
Figure 3 : Schéma conceptuel des "nouvelles" théories sociologiques des professions de Magali Sarfati Larson (Champy, 2011).....	9
Figure 4 : Tableau récapitulatif de l'échantillon.....	20
Figure 5 : Modèle d'analyse.....	21

1. Cadre théorique et contextualisation

1.2. Qu'est-ce que le travail ?

Le travail est un des objets les plus étudiés de la sociologie. Plusieurs courants de pensée se sont penchés sur sa composition et ont tenté d'en donner leurs propres définitions.

Le mot « travail » peut être compris de différentes manières, car il regroupe à lui seul trois significations différentes : d'abord, le travail comme étant une action, un effort ou un processus de production répondant à des exigences. Puis, a contrario, le travail peut désigner le produit résultant d'une action terminée. Troisièmement, le travail peut aussi s'inscrire dans le lexique juridique et économique en devenant un synonyme « d'emploi ».

Dans nos sociétés contemporaines devant répondre aux enjeux écologiques, existentiels et sociaux, le travail doit se redéfinir et entamer sa transformation aux côtés du système qui l'accompagne (Dujarier, 2019).

Ainsi le travail est une activité qui peut être résumée comme étant un ensemble d'actions coordonnées et organisées dont l'exécution a pour but la production d'un service ou d'un bien. En outre, les représentations accompagnant l'activité orientent la réalisation du travail dans ses conditions réelles et avec ses contraintes mentales, physiques et environnementales.

Ces activités sont encadrées et limitées par des procédures et buts prescrits qui permettent de rencontrer des normes de qualité attendues. Ces prescriptions sont appelées « tâches » et fixent des conditions de travail rendant possible l'anticipation des activités et de leurs résultats. Les prescriptions réglementent aussi des interactions, on parle alors de « coordination du travail » qui est à distinguer de « la coopération » qui enveloppe des interactions productrices effectives régulées par des instructions pour réajuster le travail et permettre son bon fonctionnement (Tourmen, 2007).

Ensuite, si ces tâches jouent un rôle socio-productif - selon les institutions, elles peuvent être regroupées et assignées de manière exclusive à un profil de compétences particulier que l'on appelle « poste ». De cette façon, la fonction du travailleur peut être définie comme étant ce qu'il est attendu de ce dernier s'il occupe un certain poste (Tourmen, 2007).

Cependant, le poste n'est pas un métier ou une profession. Pour distinguer ces deux dernières notions, nous devons prendre en considération leurs sémantiques, les théories de « la professionnalisation » des activités ainsi que leurs enjeux essentiels.

En effet, l'usage abusif du terme « profession » modifie sa sémantique anglo-saxonne d'origine. Alors qu'en langue française les terminologies « profession » et « métier » sont synonymes et trouvent leurs origines dans les corporations du Moyen-âge dont les serments d'incorporation à la manière des professions de foi ont laissé leur nom à ce groupe de travailleurs, le sens premier donné à « la profession » dans la sociologie anglo-saxonne diffère. Il y est entendu qu'une profession et un métier s'opposent par une série de différences socialement structurantes, et ce, sans juger qualitativement l'efficacité de leur travail (Champy, 2012).

Ainsi le métier (ou « occupation » en anglais) se définit par une organisation des membres en réseau, une identité partagée et revendiquée par les pairs découlant d'un sentiment d'appartenance, un marché du travail aménagé et un art professionnel rassemblant « un ensemble de savoir-faire spécifiques » – aussi appelé « cœur de métier ».

Nous notons que le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel a été étudié en sociologie du travail dont le courant fonctionnaliste attribue cette cohésion communautaire à une unité des valeurs et normes du groupe. Cette idée est contestée par l'approche « interactionniste » qui prend le contre-pied du fonctionnalisme en justifiant la cohésion d'un groupe par les conflits qui l'ont traversé et façonné (Champy, 2009).

L'aboutissement final du processus de « professionnalisation » est atteint si le métier parvient à concilier la fermeture de son marché du travail avec la construction d'une identité communautaire revendiquée par ses membres et socialement valorisée pour la connaissance de savoirs particuliers ainsi que la maîtrise de savoir-faire spécifiques (Champy, 2012).

Dès lors, ce métier hyper structuré ayant le monopole de son marché gagne en pouvoir ainsi qu'en légitimité dans la sphère sociétale et est appelé « profession » (Tourmen, 2007).

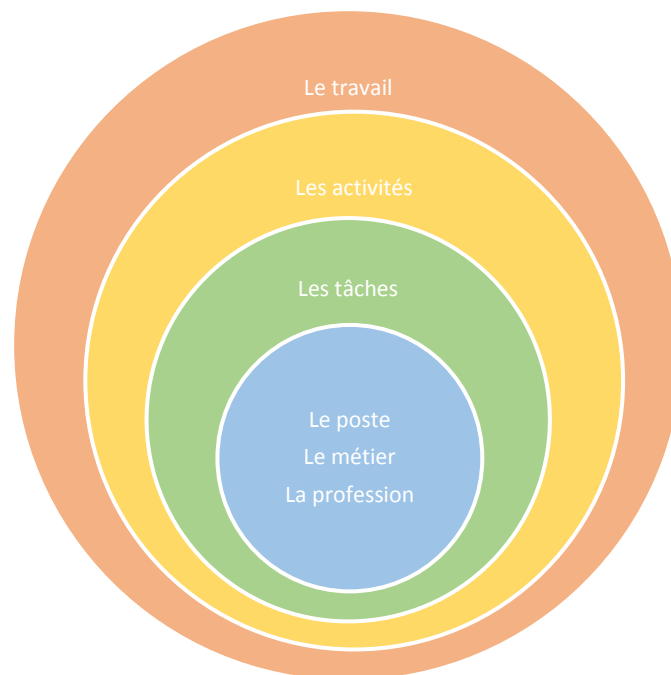
Enfin, le travail est soumis à des transformations liées au système économique « néo-libéral » dans lequel il s'inscrit. La division du travail et la pénurie de certains acteurs de la santé redistribuent les actes entre ces derniers. Ainsi, certaines professions voient leur profil de compétences s'élargir en accueillant des pratiques nouvelles délaissées par d'autres. Cette réallocation d'activités peut soit se faire à la manière d'un « transfert » de compétences médicales qui con-

siste en l'abandon d'une pratique passant d'un groupe professionnel à un autre ou d'une « délégation » de ces dernières. Dans ce cas de figure, les professionnels sont formés à une nouvelle technique précise qu'ils réalisent tout en restant sous la responsabilité du médecin (Remondière & Durafourg, 2014).

L'acquisition de nouveaux actes par une communauté professionnelle est aussi désignée dans le monde anglo-saxon par les termes « advanced practice » pour exprimer l'idée d'une pratique d'avant-garde. On parle alors de l'émergence de « néo-professionnels » en avance sur leur époque (Remondière & Durafourg, 2014).

Toutefois, les actes délégués par un groupe professionnel sont majoritairement peu intellectuels, car beaucoup moins valorisés socialement. Le réarrangement des activités entre les différentes familles professionnelles de la santé est inévitable, mais une lutte de pouvoir subsiste. Ces mutations des professionnels en « néo-professionnels » impactent aussi la reconnaissance qui leur est témoignée en retour de leurs aptitudes et de leur image. De cette manière, leurs interactions sociales sont également modifiées et influencent la construction de l'identité professionnelle (Remondière & Durafourg, 2014).

Figure 1 : Schéma de la structuration du travail



1.3. De l'identité aux identités

L'identité est un thème fondamental qui structure l'être humain. Selon Paul Ricoeur, notre quête d'identité implique la question de la permanence de soi dans le temps.

Cette permanence peut être déclinée en deux pôles. D'abord, la vision permanente de l'identité dans le sens de la « mêmeté », celle qui ignore les changements. Ce pôle est aussi appelé « l'identité - idem ». Il s'agit du versant substantiel de l'identité de l'individu (Cabestan, 2015).

D'autre part, l'identité peut être vue comme pouvant évoluer selon les expériences de vie, c'est l'ipséité ou « ce qui fait qu'un être est lui-même et non pas autre chose ». Cette seconde dimension identitaire se fonde sur les mutations substantielles vécues par la personne pour être en cohésion avec sa propre vie (Cabestan, 2015).

Ces deux pôles sont reliés par une troisième composante : l'identité narrative, c'est-à-dire la compréhension que possède l'individu de lui-même par le prisme de son propre récit de vie. L'identité narrative permet de lutter contre l'éparpillement de soi et permet d'instaurer la cohésion de vie que le sujet écrit autant qu'il lit. L'être humain est autant rédacteur que lecteur de sa vie. Ainsi, l'identité narrative est constitutive de l'ipséité dans la mesure où elle consiste à « configurer et à refigurer » l'histoire d'une vie pour y installer une continuité (Cabestan, 2015).

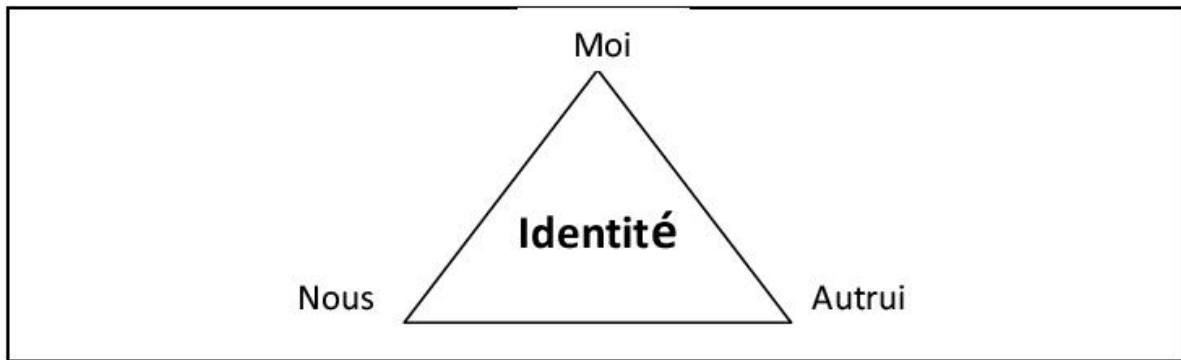
En d'autres mots, l'identité ou « la quête de soi » constitue une tension entre d'une part, notre volonté de perdurer nous-mêmes, en nous définissant par notre substance immuable et d'autre part, nos désirs d'accomplissement personnel par la réalisation de nos potentialités. Cette tension est apaisée par la perspective biographique par laquelle les individus peuvent s'inscrire dans leur continuité propre et en dégager du sens (Cabestan, 2015).

Après avoir défini l'identité et les articulations entre ses composantes, nous pouvons nous attarder sur les mécanismes qui construisent l'identité d'une personne.

Selon Claude Dubar, le processus de construction de l'identité est tout aussi complexe que sa définition. De fait, il décrit l'identité comme le résultat d'une co-construction pour soi, pour autrui et pour nous. D'abord, « L'identité pour soi » renvoie à l'image que la personne se construit d'elle-même tandis que « l'identité pour autrui » correspond à l'identité visée par l'individu ; c'est-à-dire, l'image que nous voulons faire rayonner aux autres. Pour finir, l'édification identitaire est aussi dépendante de l'image que les autres nous renvoient, les autres agissent

comme des miroirs qui reflètent notre image que nous jugeons souhaitable ou non (Dubar, 2015).

Figure 2 : La triangulation de l'identité selon Claude Dubar (Fray & Picouleau, 2010)



Aux yeux de l'Histoire, les individus sont façonnés par des organisations politiques, économiques et symboliques qui conditionnent les modes d'identification. Or ces dernières années ont été marquées par l'intensification du système néo-libéral et de la rationalisation économique qui entoure son fonctionnement. Le travail, ses significations, les rapports sociaux, l'autonomie des travailleurs, mais aussi notre vision du monde se sont ainsi métamorphosés. Les formes d'identifications culturelles ou statutaires qui jadis étaient dominantes ont été remplacées par de nouvelles formes - narratives et réflexives - qui ne sont pas encore complètement constituées. Nous vivons « la crise des identités » dont le symptôme primordial est le passage de l'identité unique à la coexistence d'identités personnelles et collectives (Dubar, 2010). Nous sommes traversés par des crises existentielles qui nous perturbent jusqu'à nous révéler à nous-mêmes (Le Blanc, 2001).

En effet, nous sommes tiraillés par la « dualité identitaire » qui mêle deux processus de construction identitaire inséparables, mais pas totalement conciliables :

- Le processus relationnel de « l'identité pour autrui » qui renvoie à une négociation entre l'identité attribuée par autrui à la manière d'un « étiquetage » et l'identité incorporée par soi dont l'enjeu est l'obtention ou l'absence d'une reconnaissance sociale. On parle de transaction objective (c'est-à-dire externe au sujet ou sociale) avec « l'Autre » afin d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui.
- Le processus biographique de « l'identité pour soi » qui fait appel à des « compromis » intérieurs entre le besoin de sauvegarder son identité héritée et le désir de s'en construire

une nouvelle, l'identité visée. On parle de transaction subjective (c'est-à-dire, interne à la personne) dont l'objectif est d'assimiler « l'identité pour autrui » à « l'identité pour soi ». Il est question de la continuité ou de la rupture de l'identité réelle de la personne.

En bref, l'identité est la résultante d'un double processus à la fois relationnel et biographique dont l'enjeu est l'élaboration du rôle social du sujet et à l'éventualité d'une part, d'en assumer les responsabilités adjointes et d'autre part, d'en apprécier les reconnaissances associées (Dubar, 2015).

En effet, si nous choisissons une vision du travail différente de celle exclusivement « alimentaire » motivée par la seule rémunération ; le travail est aussi une quête de reconnaissance sociale. De fait, le travailleur est valorisé si la société juge que sa contribution est suffisamment digne. Toutefois, la reconnaissance de ses activités et de son métier dépend aussi du jugement de ses pairs qui partagent une identification et un quotidien communs avec le travailleur et finalement, de l'appréciation du sujet lui-même grâce à laquelle il entame son propre chemin d'accomplissement personnel et gagne une certaine autonomie ne serait-ce que sur le plan financier (Fray & Picouveau, 2010). De cette manière, L'identité professionnelle est une potentielle source d'intégration sociale pour le travailleur qui peut en tirer une reconnaissance valorisante.

Par ailleurs, la possibilité qu'a le travailleur de s'épanouir et de construire son identité professionnelle selon sa propre voie est grandement conditionnée par l'autonomie dont il dispose au travail. Pour les travailleurs, cet épanouissement se révèle être un bien précieux (Renault, 2013). De ce fait, elle est protégée et promue par des mécanismes de luttes comme les syndicats.

1.4. La professionnalisation

Pour revenir au concept de « profession », sa définition est loin d'être consensuelle et continue de faire débat dans le monde de la sociologie du travail.

Selon l'approche fonctionnaliste, une profession est une communauté relativement homogène dont les différents membres partagent un système de valeurs, une identité, des rôles définis et des intérêts communs. Cette vision de la profession édifie l'unité comme étant le socle préalable sur lequel repose la profession. Dès lors, l'intégration des nouveaux membres s'attache à leur initiation pour partager et pénétrer « le noyau central » définissant le groupe (Champy, 2012).

Les différentes spécialisations de la kinésithérapie sont organisées selon divers critères comme l'âge de la patientèle, la technique utilisée ou encore les systèmes de l'organisme concernés (cardiovasculaire, respiratoire, musculaire, neurologique ...). Face à cette hétérogénéité de la profession et dans une optique fonctionnaliste, le courant « Human Movement System » a été élaboré dans les pays anglo-saxons dans le but de rassembler les kinésithérapeutes autour d'un même paradigme. Ce nouveau paradigme s'articule autour du cœur de la pratique de la kinésithérapie : le mouvement. Ainsi, « le mouvement humain » devient un système à part entière de l'organisme. Ce concept englobe et unifie tous les systèmes physiologiques dont la synergie et l'interdépendance induisent le mouvement corporel (Sahrman, 2014).

Ce nouveau modèle a pour ambition de rassembler les kinésithérapeutes autour d'une fondation commune et d'encadrer leur pratique, leur formation et la recherche en kinésithérapie. Il promeut « la pratique basée sur des faits scientifiquement avérés », également appelée « l'Evidence Based Practice » (EBP) – parmi lesquels la nécessité et les bienfaits de l'activité physique. Cette démarche s'inscrit dans une volonté d'insuffler un changement dans la société et d'interférer sur l'expérience humaine en termes de santé et de participation sociale. En effet, il s'agit de transformer nos styles de vies qui ont tendance à s'enliser dans la sédentarité et de vaincre ses méfaits par l'optimisation du mouvement. Cette approche est également une opportunité pour les kinésithérapeutes d'être mieux reconnus par la société en revalorisant leur pratique professionnelle (Sahrman, 2017).

De plus, pour appuyer cette conception de la profession, des travaux pionniers comme ceux d'Harold Wilensky ont mis en évidence une liste de critères qui définissent la profession. Cette dernière doit s'exercer à plein temps, comporter des règles d'activité, compter des organisations professionnelles, posséder une formation encadrée par des universités ou des écoles spécialisées. La profession est également dotée d'une protection légale et d'un code déontologique (Vezinat, 2016).

À l'inverse, le courant interactionniste met en lumière la relation entre le sens du construit et la façon dont il est créé dans l'interaction entre les acteurs concernés.

Plus largement, nous pouvons dire que le travail est un indicateur sociétal qui influence ou détermine notre rôle social. Ce constat s'avère d'autant plus vrai pour « les professions des soins à la personne » dont l'essence est l'interaction interpersonnelle entre le soignant et le malade. De cette manière, l'identité professionnelle dont la construction repose partiellement sur l'apprentissage de son « métier » résulte des interactions qu'entretiennent les travailleurs

avec leurs patients (Fray & Picouveau, 2010). Ce qui est d'autant plus vrai pour la kinésithérapie et les autres « métiers du soin » qui sont de nature sociale.

De plus, cette identité dépend de caractéristiques qui évoluent selon les formations entreprises, les savoirs accumulés et les gestes techniques maîtrisés. La formation continue constitue un outil de professionnalisation grâce auquel les professionnels mettent à jour leurs connaissances et affinent leur expertise pour prodiguer des soins de qualité (Mélou, 2004).

Ainsi, l'unité décrite par les fonctionnalistes n'est plus le socle préliminaire et nécessaire à l'émergence de toutes les professions. De fait, les conflits et tensions régnant au sein d'un collectif peuvent aussi orienter la direction prise par une profession (Poulard, 2020).

Toujours dans l'optique interactionniste, Everett Huges s'intéresse à la socialisation du travailleur comme l'itinéraire de la conversion de son identité en celle de professionnel du soin. Ce processus est un apprentissage en quatre étapes dont le résultat est la maîtrise de son rôle de soignant (Dubar, 2015).

D'abord, « le professionnel en devenir » apprend à séparer le monde professionnel dans lequel il est appelé à s'ancrer par le travail et le monde profane dans lequel, il évolue sur des dimensions plus personnelles de son existence. C'est l'occasion de rompre avec les codes profanes incompatibles avec le monde professionnel auquel il désire accéder.

Ensuite, le professionnel va progressivement modifier sa vision du monde qui l'entoure et passer de l'autre côté du miroir. Pour le soignant, les malades deviennent des clients et les pathologies se transforment en source de revenus. Progressivement, le travailleur finit par se dédoubler et tente de concilier ses cultures profanes et professionnelles. Les cultures doivent coexister et s'exprimer sans se nuire mutuellement, et selon le cadre spatio-temporel du sujet (Dubar, 2015).

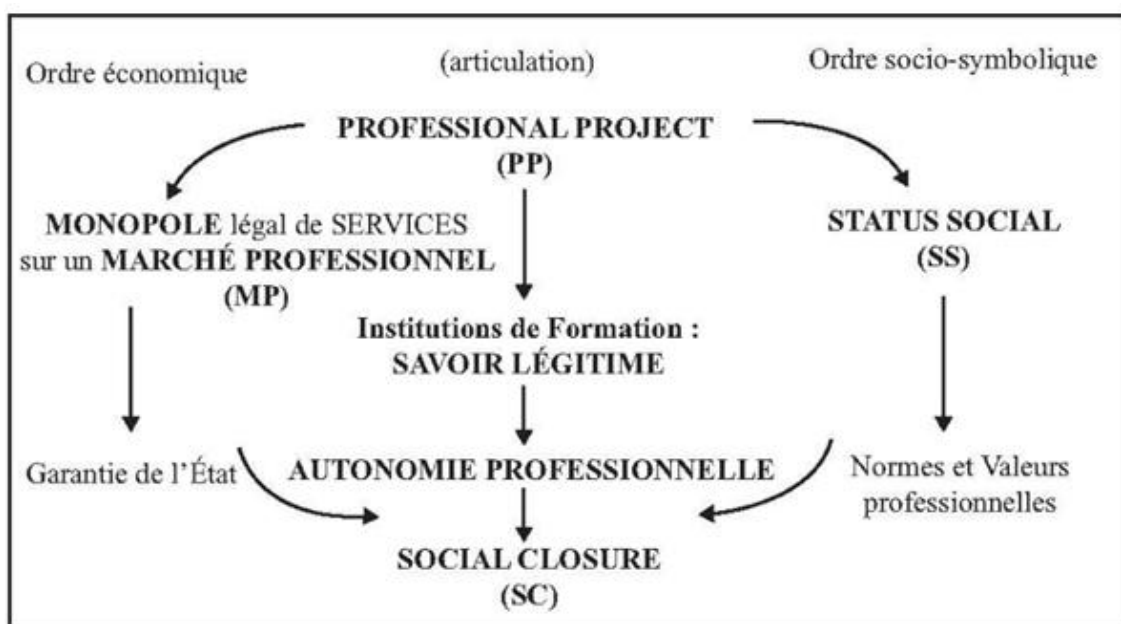
La dernière étape est celle de l'identification, le professionnel parvient à intégrer son ambivalence et à établir un équilibre entre ses vies personnelle et professionnelle. C'est la pénible résolution de son dilemme identitaire. Il choisit « son devenir » et renonce à son passé ou d'autres voies futures – par exemple, en choisissant une spécialisation.

Ainsi pour devenir kinésithérapeute, il ne suffit pas seulement d'étudier et de réussir des examens ou des stages durant son cursus. Il faut également transcender sa conversion identitaire : l'individu se change lui-même et intègre des idées sur la nature de son travail, de son rôle, de ce qu'il est lui-même ainsi que des carrières possibles et désirables qui s'offrent à lui. Riche de

de ses nouvelles idées, « le professionnel » change de monde et de culture pour incarner une nouvelle identité fabriquée en lui et dans le regard d'autrui ; une identité faite de compromis (Mangin, 2019).

Enfin, des nouvelles théories en sociologie des professions exposent leur point de vue sur le sens de la profession et tentent de réconcilier les deux approches précédentes. Il s'agit de dépasser les théories critiques interactionnistes sans toutefois revenir à une théorie fonctionnaliste pure.

Figure 3 : Schéma conceptuel des "nouvelles" théories sociologiques des professions de Magali Sarfati Larson (Champy, 2011)



D'ailleurs, selon les « nouvelles » théories des professions, la professionnalisation aboutit à un phénomène de « social closure » (ou fermeture sociale) dans lequel les individus délimitent les frontières de leur rôle et de leur identité. Ces processus de fermeture sociale stratifient la société en différentes subdivisions hétérogènes qui entrent en compétition et luttent pour acquérir des avantages servant leur propre intérêt (Champy, 2011).

La professionnalisation des activités doit s'articuler autour de la définition de savoir-faire spécifiques, de la revendication d'une identité de métier, d'un regroupement des concœurs et confrères en réseau, et de la fermeture du marché du travail. Ainsi, ce processus réfère à une entreprise d'autonomisation, une quête de légitimité ou de reconnaissance statutaire et sociale par un groupe professionnel déterminé qui s'organise et se protège grâce à un ordre professionnel,

un champ d'activité, une formation et des compétences spécifiques qui lui sont exclusifs. L'accès à ce groupe est conditionné par la détention d'un diplôme obtenu au terme d'une formation précise (Dubar, 2015).

Selon Julia Evetts, le phénomène de « professionnalisation » peut être dissocié en deux composantes agissant de concert pour élaborer le travail normatif. D'une part, une composante endogène (ou « from within ») qui englobe les manipulations introduites et maîtrisées par les travailleurs à l'intérieur de leur profession pour mieux la contrôler et acquérir ou protéger une autonomie professionnelle. D'autre part, une composante exogène (ou « from above ») qui désigne les actions initiées et imposées par des acteurs externes au groupe telles que la création de titres scolaires par l'État pour réguler l'accès à une profession (Evetts, 2013).

En d'autres mots, la professionnalisation « from above » concerne des formes de gouvernance tant organisationnelles qu'administratives comme les politiques régulatrices imposées par l'État ou le marché centré sur la demande des destinataires du service. On parle de formes extra-professionnelles. Tandis que le mouvement professionnalisant « from within » est assimilé à une gouvernance professionnelle portée et articulée autour des acteurs de la communauté professionnelle concernée rassemblée à la manière d'un collège (Vezinat, 2016).

Dans cette vision, la professionnalisation est un apprentissage et un remaniement continu dépendant de trois éléments que sont l'engagement personnel du travailleur dans sa vie professionnelle quotidienne, les interactions sociales qu'il construit et entretient ainsi que l'environnement organisationnel dans lequel il s'inscrit et évolue par son travail. La temporalité biographique du travailleur s'inscrit dès lors dans la perspective historique de son institution (Roger, 2013).

Comme nous l'avons dit précédemment, l'autonomie constitue un enjeu vital de la professionnalisation. En outre, elle structure l'expérience du travail et ses effets sur l'identité ainsi que l'unification et l'estime de soi. Selon Emmanuel Renault, l'autonomie au travail peut être déclinée en trois types différents :

- L'autonomie individuelle par laquelle le travailleur peut s'approprier personnellement ses activités et former une des assises de son identité. Ainsi, les sujets peuvent faire émerger leur notion du « vrai boulot » qui englobe les activités qu'ils considèrent comme dignes d'intérêt, suffisamment spécifiques ou dont la valeur sociale est satisfaisante. À l'inverse, ils peuvent aussi parler de « sale boulot » pour définir la part asservissante de leurs activités.

- L'autonomie collective qui permet au groupe de s'autodéterminer ensemble dans une optique coopérative et solidaire en établissant un cadre normatif partagé ou en le réinterprétant grâce à des dynamiques délibératives et réflexives. C'est le versant de l'autonomie professionnelle qui fait écho à la coordination du travail afin d'organiser les activités individuelles selon des tâches.
- Dans le troisième cas de figure, l'activité est considérée comme un rapport aux pouvoirs structurant l'environnement du travail. L'autonomie n'est plus seulement un élément structurant les activités des travailleurs, mais devient un objet d'effort pour lequel ils doivent résister contre des instances supérieures ayant le pouvoir de modeler l'organisation de leur travail. Cette dernière catégorie a surtout été étudiée sous le prisme des rapports sociaux de domination et plus particulièrement, les luttes salariales contre le patronat. On parle d'autonomie « résistance ».

Alors que les autonomies individuelles et collectives permettent aux travailleurs de réaliser convenablement leur travail dans de bonnes conditions favorisant les expériences professionnelles ayant du sens et de la valeur ; l'autonomie résistante n'est plus un élément structurel des activités, mais s'inscrit dans un véritable effort de lutte sociale (Renault, 2013).

Pour terminer, l'autonomie et l'identité entretiennent des conditionnements réciproques. En effet, si l'autonomie au travail est un facteur favorisant la construction identitaire ou la recherche de sens dans son exercice professionnel ; il est aussi vrai d'affirmer qu'elle apparait comme une condition d'accès à l'autonomie et à sa défense (Renault, 2013).

Cela dit, ces définitions permettent également de distinguer l'autonomie décisionnelle qui donne le contrôle au professionnel d'organiser son travail, de l'autonomie réflexive qui lui laisse la possibilité de le concevoir (Champy, 2011).

La professionnalisation des métiers paramédicaux - dont la kinésithérapie - se calque sur le modèle de professionnalisation médicale dans le but de s'ériger à son propre niveau. Toutefois, il semble nécessaire que la kinésithérapie s'en émancipe pour tracer son propre chemin.

1.5. Les soins

Le soin peut être défini par le prisme de deux dimensions que sont le « cure » et le « care ». La première s'exprime par le traitement de la maladie avec pour but son éradication et par conséquent, la guérison du patient. Dans ce cas, le soignant s'apparente à un professionnel réduisant son patient à la pathologie dont il souffre afin de le soigner grâce à des actes de grande technicité. D'un point de vue historique, cette conception du soin est intimement liée au paradigme biomédical qui a été dominant durant les XIX^{-ème} et XX^{-ème} siècles dans le monde de la santé (Rennie et al., 2015).

À l'inverse, le monde paramédical est davantage imprégné par la dimension du « care » que nous pouvons définir comme le fait de prendre soin du patient avec sollicitude, c'est-à-dire en lui portant une attention toute particulière. Cette dimension favorise une approche holistique du malade pour prendre en compte le sujet dans sa globalité. Le soignant agit alors à la fois comme prestataire de soins et comme travailleur social en appliquant le modèle biopsychosocial dans une optique pluridisciplinaire (Rennie et al., 2015).

Le « cure » et le « care » sont comme les deux faces d'une même pièce qu'est le soin. Elles sont opposées, mais demeurent indissociables. De cette manière, le soin est la prise en considération tant du « cure-soigner » que du « care-prendre soin ». Cette réconciliation est nécessaire afin de répondre de manière adéquate aux attentes du patient telles que l'efficacité scientifique ou technique du traitement en vue d'améliorer son état de santé ainsi que l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné (Morvillers, 2015).

De plus, la conception moderne du soin dans le but de guérir (cure) introduit la notion d'incertitude. En effet, la promesse de guérison n'est pas toujours tenable pour des patients souffrant de maladies chroniques ou atteintes de maladies dégénératives. Dans ce cas, l'incertitude invite les professionnels du soin à faire preuve de prudence dans leur pratique quotidienne avec les patients. On parle alors de professions à pratique prudentielle dont la kinésithérapie est un bon exemple. En effet, elle s'illustre d'une part, comme métier relationnel et d'autre part, comme discipline ayant recours à des raisonnements conjecturaux et délibératifs pour élaborer des prises en charges ou diagnostics kinésithérapeutiques – aussi appelés bilans (Champy, 2011).

Quelquefois, des inégalités surgissent entre soignant-soigné et crée une « asymétrie » dans la relation de soin. De fait, le prestataire de soins est une personne en bonne santé mettant à disposition ses connaissances et compétences nécessaires au malade pour réaliser son souhait de retrouver son état de santé initial tandis que le patient est une personne vulnérable et dépendante du soignant. Ainsi le kinésithérapeute est en position de force lorsqu'avec le consentement de son patient, il peut légitimement poser des actes techniques touchant à son corps et à son intimité (Bourguignon, 2010).

De plus, l'interaction entre le soignant et son patient peut également reposer sur une institutionnalisation des rôles qui conditionne cette asymétrie relationnelle. De cette manière, Parsons décrit le rôle social de malade comme un ensemble de comportements attendus par la société. L'individu malade doit alors répondre à l'obligation de ne pas travailler et d'accepter une aide extérieure qu'il reconnaît comme indispensable pour guérir. Mû par la volonté d'aller mieux, le malade se met alors en quête d'un soignant auquel il reste fidèle pour toute la durée de sa « cure ». Il faut toutefois rester critique par rapport à cette vision du « rôle de malade » qui concerne avant tout, d'une part, des malades « aigus » pour lesquels la guérison est envisageable et exclut les patients souffrant de maladie incurable. D'autre part, le rôle assigné au malade par Parsons concerne surtout la dimension « cure » du soin et néglige l'aspect relationnel du soin (Vassy & Derbez, 2019).

Une manière de résoudre cette asymétrie se trouve dans la réconciliation du « cure » et du « care » et réside dans la conversation qui peut être utilisée comme un moyen de créer l'égalité et de préserver l'autonomie. L'éducation thérapeutique et le consentement éclairé du patient devant précéder chaque acte thérapeutique « cure » sont également de bons exemples de démarches « care » ayant pour vocation de réduire l'asymétrie de la relation de soin. Cependant, il faut noter que si le consentement éclairé du patient permet la mise en place d'une relation thérapeutique plus égalitaire basée sur la décision partagée, il oblige le kinésithérapeute à concéder une partie de son autonomie décisionnelle (Zielinski, 2010).

Enfin, le fonctionnement social du « care » soulève inévitablement un questionnement sur la place du soin et de la sollicitude dans la société. Le but du « care » étant la mise en relation entre le soignant et le soigné, il est nécessaire de s'interroger sur la visée éthique du « care », c'est-à-dire de construire le soin « avec et pour autrui, dans des institutions justes » - selon les mots de Paul Ricoeur.

Pour y parvenir, il est nécessaire que le soignant fasse preuve d'empathie envers son patient. C'est-à-dire que le soignant soit en mesure de reconnaître qu'il peut lui-même se trouver en situation de détresse, car c'est seulement en conscientisant ses propres besoins de soins ou d'attention qu'il sera capable de déceler les souffrances ou maux de l'autre. De cette façon, le kinésithérapeute est capable de mettre son patient au centre de ses préoccupations pour le soigner adéquatement (Zielinski, 2010).

1.6. La petite histoire de la kinésithérapie

Les origines de la kinésithérapie remontent à l'Antiquité avec des pratiques tels que le massage en Chine et l'hydrothérapie chez les grégoromains. Dans nos contrées, nous connaissons surtout l'origine moyenâgeuse de la kinésithérapie en la personne du « rebouteux », un guérisseur qui soignait les souffrances ou limitations corporelles avec des pratiques traditionnelles. Ce n'est que bien plus tard, avec la gymnastique suédoise au XIX^{ème} siècle et durant le XX^{ème} avec d'abord, la rééducation des blessés des deux guerres mondiales et ensuite, les soins prescrits par les médecins dans les sanatoriums pour les patients atteints de maladies respiratoires que la kinésithérapie s'est suffisamment illustrée pour être reconnue comme un métier à part entière (Remondière, 1996).

Par la suite, la kinésithérapie s'est développée pour devenir une discipline paramédicale « qui soigne par le mouvement » principalement des affections musculaires, articulaires et osseuses. Le but du traitement et du suivi en kinésithérapie est de récupérer les fonctions non optimales, voire de prévenir certains problèmes de santé, y compris leur récurrence.

Le kinésithérapeute a un champ d'action très large puisqu'il peut traiter des troubles fonctionnels de nature différente : troubles musculaires, respiratoires, osseux, articulaires, neurologiques (atteintes du système nerveux central ou périphérique), cardio-vasculaires, temporo-mandibulaires, vestibulaires. De surcroît, il intervient dans de nouveaux domaines tels que les prises en charge pré et postnatale, la relaxation, la psychomotricité ou le domaine sportif (S.I.E.P., 2018).

Au fil du temps et de son évolution, la kinésithérapie s'est professionnalisée en s'alignant - comme toutes les professions paramédicales - sur le modèle médical dominant et s'est segmentée en plusieurs spécialisations selon ses différents champs d'action (Sahrmann, 2014).

Dans le cas de la kinésithérapie, il existe des divergences en termes de spécialités techniques, de référentiels ou de types de patientèle qui peuvent entraîner des conséquences sur l'organisation de la profession et de son marché du travail. La segmentation de la profession pousse les travailleurs à s'interroger sur la coexistence entre leur unité et leur diversité au sein d'un même groupe. Ces derniers pouvant être amenés à faire des concessions pour continuer à cohabiter dans la même communauté professionnelle (Poulard, 2020).

L'influence du modèle médical s'étend jusqu'aux méthodes utilisées dans les études cliniques paramédicales. Ainsi, le système de recherche et de publication en kinésithérapie se calque sur le modèle médical comme s'il s'agissait d'un idéal à atteindre. De cette manière l'Evidence Based Practice (EBP) est né de l'Evidence Based Medicine (EBM). A la manière d'un mécanisme « from within », les kinésithérapeutes s'organisent pour construire un système de connaissances prouvées et reconnues comme légitimes par les pairs et les travailleurs de la santé. Cependant, nous pensons que cette tendance à se rapprocher du modèle médical fait naître une tension entre les dimensions du « care » constituant l'essence des métiers relationnels paramédicaux et du « cure » alimenté par le système de connaissances hautement sophistiqué, inspiré par la profession médicale.

L'activité du kinésithérapeute est riche et s'exprime par l'arsenal d'actes dont il dispose pour prendre en charge ses patients. Il peut utiliser des techniques manuelles (massages, étirements, mobilisations, manipulations), les exercices à visée thérapeutique (renforcement musculaire), l'utilisation d'appareil (mécanothérapie) ou encore le recours à la physiothérapie avec agents physiques comme l'eau (hydrothérapie), l'électricité (électrostimulation), la chaleur (thermothérapie), le froid (cryothérapie) ou la lumière (luminothérapie) (S.I.E.P.,2018).

Enfin, le kinésithérapeute doit pouvoir répondre aussi à des demandes variant selon le type de patientèle qui s'étend de la pédiatrie à la gériatrie ou encore aux personnes handicapées et à d'autres ayant des atteintes aiguës, chroniques ou consultant dans le cadre d'une rééducation pré ou postopératoire.

Ces différents actes répondent à des tâches qui sont normées et réglementées par les institutions belges responsables du secteur de la santé tel que l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). Par exemple, les honoraires et le taux de remboursement des séances kinésithérapeutiques sont fixés par le système de convention de l'INAMI auquel les kinésithérapeutes peuvent adhérer ou non. Les honoraires qui dépendent de la nomenclature de l'INAMI prennent en compte le lieu de travail, les actes ou encore la durée de la séance.

Sur ce point, la nouvelle convention nationale – dite M/22 – adoptée pour les années 2022-2023 a fait l'objet de protestation de la part des kinésithérapeutes indépendants de Belgique, qui en réaction se sont « déconventionnés » de la charte de l'INAMI. En l'occurrence, environ 30% des kinésithérapeutes ne pratiquent plus les tarifs préférentiels imposés par l'INAMI. Les patients voient alors leur ticket modérateur augmenter, c'est-à-dire la partie à charge du patient non remboursée. De plus, pour défendre leurs droits et faire entendre leurs revendications auprès des décideurs politiques dont l'accès à la profession, les kinésithérapeutes se sont regroupés autour d'AXXON, il s'agit de leur syndicat au niveau national belge. Un remaniement de la nomenclature émise par l'INAMI est attendu pour mieux refléter les évolutions professionnelles et la reconnaissance du métier, notamment en termes de rémunération. Ces réglementations de la profession sont des mécanismes dits « from above » décidés par les politiques fédérales belges (Belga, 2022).

Parmi les revendications des kinésithérapeutes, l'accès libre à la profession revient également souvent sur la table. En Belgique, le kinésithérapeute travaille sur prescription médicale, en étroite collaboration avec le médecin. S'il revient au médecin d'indiquer les actes qu'il juge utiles au malade, c'est au kinésithérapeute qu'il appartient d'élaborer le traitement, de choisir les modalités techniques adéquates et d'en concevoir les différentes phases.

Cependant, les prescriptions se révèlent non spécifiques et réductrices vis-à-vis de la pathologie vécue par le patient. Pour y pallier, les kinés ont évolué en organisant leur propre champ de recherche scientifique et en pratiquant leurs propres bilans à la manière du diagnostic médical. Ainsi, les techniciens sont devenus des professionnels, c'est-à-dire des travailleurs ayant un haut niveau de formation qui détiennent des compétences exclusives et reconnues pour résoudre des problèmes spécifiques. Ce statut singulier octroie une certaine autonomie dans la mise en pratique de leurs savoirs (Remondière & Durafourg, 2018).

En Belgique, l'accès à la profession est dépendant du diplôme d'enseignement supérieur universitaire ou non, de type long d'une durée de quatre ans. De plus, le titre de kinésithérapeute est protégé et l'exercice nécessite d'être titulaire d'un agrément attribué par l'une des Communautés aux personnes disposant du diplôme. L'agrément permet au kinésithérapeute d'obtenir un visa auprès du Service Public Fédéral (SPF) de la santé publique qui l'autorise d'exercer sur le territoire.

De nombreuses perspectives s'offrent au futur kinésithérapeute. Il peut décider de travailler en tant qu'indépendant ou salarié. Il peut travailler seul, en cabinet privé ou associé à d'autres

professionnels de la santé. Dans les institutions de soins telles que des maisons de repos, des hôpitaux ou des centres, il peut intégrer des équipes hospitalières. D'autres secteurs s'ouvrent également à lui : la recherche, l'enseignement, les loisirs et le bien-être, les clubs sportifs, le domaine commercial (délégué commercial pour firmes pharmaceutiques, par exemple), les ONG. Ces différents types de configuration d'entreprise déterminent aussi le profil de compétences du kiné et ses champs d'action (S.I.E.P, 2018).

En résumé, les kinésithérapeutes sont parvenus à démystifier tant leurs connaissances que leurs compétences. De cette manière, ils ont pu gagner la reconnaissance de leur travail, organiser leur système de formation et s'émanciper de leur rôle de technicien exécutant (Sahrman, 2014).

2. Méthodes

2.1. La question de recherche et nos hypothèses

Dans ce contexte de professionnalisation, nous réfléchissons aux éléments qui interviennent dans ces processus d'autonomisation et de regroupement des kinésithérapeutes ainsi que leurs influences sur la construction de l'identité professionnelle - que l'on peut aussi amalgamer sous l'appellation de « socialisation des professions ». Dès lors, la question suivante s'impose : « Comment les kinésithérapeutes de Belgique francophone construisent-ils leur identité dans un contexte de professionnalisation ? »

L'analyse de cette problématique s'appuie sur des concepts développés dans la partie dédiée au « cadre théorique » de ce travail. Ces concepts seront mobilisés lors de l'analyse et l'interprétation de nos données. Pour répondre à cette question, nous nous intéresserons à la professionnalisation sous trois dimensions qui lui sont sous-jacentes : l'autonomie, l'identité professionnelle et l'expérience du travail. Ces trois dimensions se retrouvent dans le guide d'entretien en support à ce travail (ANNEXE 1).

Enfin, une hypothèse a été énoncée pour répondre à notre question de recherche à la manière d'une approche « hypothético-déductive ». L'analyse de nos données permettra de vérifier ou d'invalider cette dernière.

Ainsi, l'hypothèse suivante a été fixée : « Les kinésithérapeutes de Belgique francophone se délimitent un rôle professionnel commun et une identité professionnelle singulière qui leurs permettent de s'affranchir des autres soignant et d'avoir le monopole de leur marché ».

En opposition à cette dernière, la contre-hypothèse suivante a été énoncée : « Les kinésithérapeutes de Belgique francophone intègrent une diversité de rôles professionnels, de techniques et le travail pluridisciplinaire à leur identité professionnelle ».

2.2. Approche et récolte des données

Au départ, il était prévu d'organiser cinq « Focus Groups » mélangeant des kinésithérapeutes indépendants ayant des expériences professionnelles différentes. Le mélange de professionnels « novices » et « experts » permet de confronter les points de vue et de stimuler les discussions. L'hétérogénéité des participants et de leurs idées permet un enrichissement des données et par conséquent des résultats. De surcroit, cette méthode permet aussi l'émergence de nouveaux points de vue plus innovants permettant de remettre en question nos visions du monde.

Malheureusement, pour des raisons pratiques et organisationnelles, nous avons été contraints de revoir nos ambitions et d'avoir recours à des entretiens individuels ou par paire. Toutefois, cela ne nous a pas empêchés de recueillir des informations complètes et de qualité. Pour ce faire, nous avons préalablement élaboré un cadre théorique structurant l'analyse présente dans ce travail. Sa réalisation est le fruit d'une revue de littérature.

Les entretiens tant en présentiel qu'en distanciel ont été précédés d'un moment d'information pour contextualiser notre enquête, recevoir le consentement des personnes interrogées et leur garantir tant la confidentialité de leurs propos que leur anonymat. Ce préambule à l'entretien était aussi l'occasion pour les répondants de choisir leur « pseudo » dans le cadre de l'étude.

Cette prise de contact a permis d'instaurer un climat de confiance entre l'interviewer et les personnes interrogées. De cette façon, les personnes interrogées livrent leur vécu professionnel avec plus de facilité et de sincérité, sans peur d'être jugées ; ce qui minimise les risques liés au biais de désirabilité sociale.

Ensuite, un « guide d'entretien » (Annexe 1) a été établi. Pour ce faire, nous avons déconstruit notre question de recherche sous la forme de consignes et de questions de relance pour élaborer notre guide d'entretien. Par conséquent, il comporte des questions ouvertes qui ont évolué au

gré des entretiens à la manière d'une démarche itérative. Néanmoins, la structure du guide a permis de conserver une approche systématique pour tous les participants et ainsi garantir une recherche rigoureuse et cohérente.

Après chaque entretien, nous avons pris le temps de partager un dernier moment avec le participant pendant lequel nous avons communiqué « un feedback » sur notre rencontre et nous avons répondu à ses dernières éventuelles questions.

La totalité des données empiriques a été collectée lors de ces entretiens semi-directifs. De cette manière, les participants se sentent libres d'exprimer leurs réponses ou leurs réflexions tout en suivant un canevas préétabli qui oriente la discussion vers le champ d'étude du chercheur. La majorité des informations recueillies est de nature descriptive.

Enfin, la démarche entreprise dans notre recherche est une approche « hypothético-déductive ». De fait, nous avons élaboré une question de recherche et des hypothèses y répondant potentiellement pour ensuite les vérifier ou les invalider selon l'analyse de nos données recueillies par notre recherche.

Durant notre recherche, nous avons entrepris une démarche itérative caractérisée par une alternance entre des phases de recueil et d'analyse des données qui s'enrichissent mutuellement.

Néanmoins, nous restons ouverts à l'émergence de nouvelles thématiques - susceptibles de compléter notre recherche - lors de l'analyse des données à la manière d'une analyse inductive et exploratoire.

Cet échantillon a pour avantage de n'avoir aucun grand critère d'inclusion ou d'exclusion mise à part l'obligation d'être ou d'avoir été kinésithérapeute et d'avoir pratiqué la kinésithérapie ainsi que l'opportunité de participer à nos prises de données. Notre échantillon est conditionné par son accès et le statut de travailleur.

Afin de vérifier notre analyse déductive, le cadre théorique a été préétabli en prévision de nos entretiens, mais a aussi été redéfini au fil des données recueillies dans le cadre de ce travail.

Notre guide d'entretien a été construit autour de quatre concepts :

- L'autonomie ;
- L'identité ;
- L'expérience professionnelle ;
- La professionnalisation.

Notre analyse se déroule en deux étapes succinctes. Dans un premier temps, une analyse descriptive et dans un second temps, une analyse « théorisante ». Pour ce faire, nous avons préétabli des thèmes d’analyse en fonction de notre objectif de recherche.

Nous sommes conscients des limites de réflexivité personnelle et épistémologique incombées au chercheur. De plus, une validation des interprétations par les répondants et une vérification de l’analyse par d’autres chercheurs auraient pu améliorer la qualité de notre recherche (Malterud, 2001).

2.3. Profils des répondants

Durant le mois d’avril 2022, les entretiens ont été planifiés en fonction de la disponibilité des participants. Notre échantillon de convenance n’a pas la prétention de représenter l’entièreté des kinésithérapeutes travaillant en Belgique francophone. Cependant leur contribution aux entretiens offre des éléments de réponse intéressants à notre question de recherche.

Parmi nos participants, nous avons choisi de conserver « Simone » malgré sa réorientation professionnelle vers un autre secteur d’activité pour enrichir nos résultats de son expérience. Enfin, « Camus » est à la fois kinésithérapeute et assistant-chargé de cours dans une université de la fédération Wallonie-Bruxelles. Son regard peut nous éclairer tant sur l’organisation des programmes d’études que sur la transmission des savoirs et des savoir-faire en kinésithérapie.

Il est à noter que nous avons eu recours à plusieurs participants pour confronter leurs points de vue sur les différentes dimensions de notre question de recherche et ainsi, pouvoir croiser nos résultats.

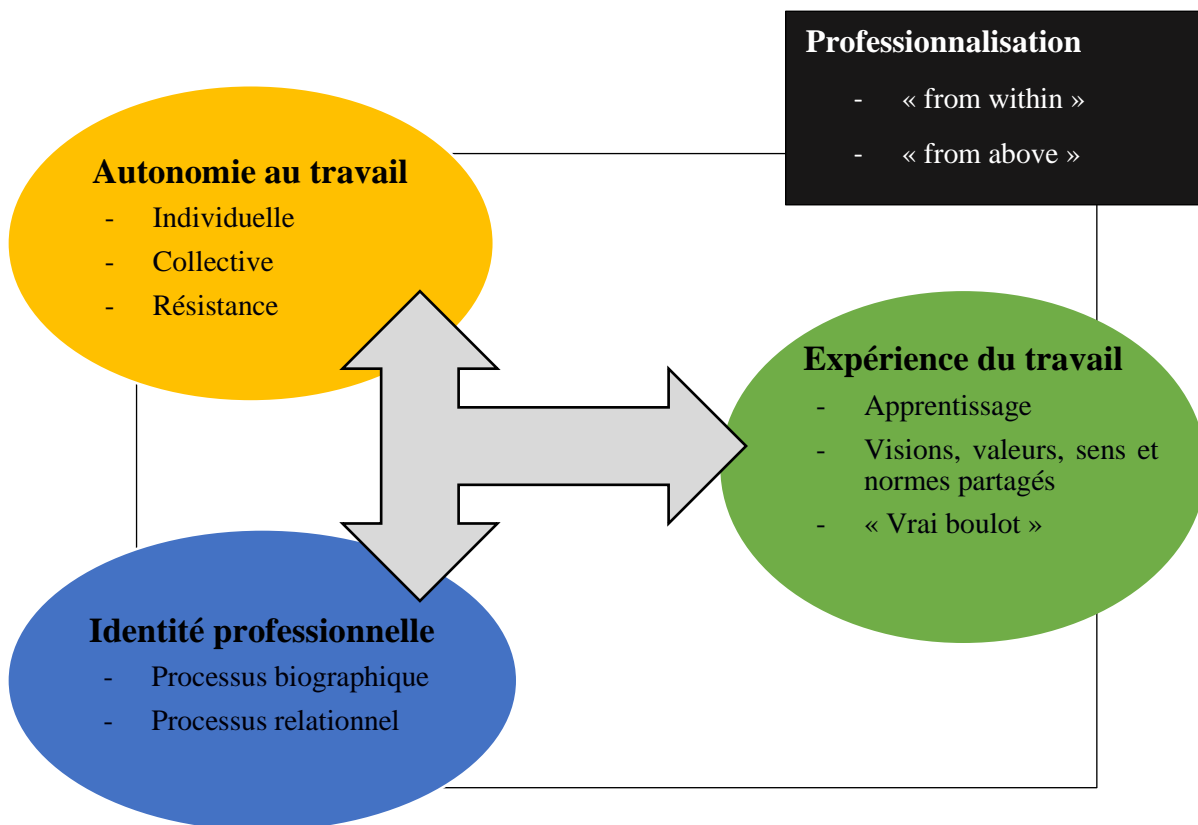
Figure 4 : Tableau récapitulatif de l'échantillon

Numéro	Identifiant	Date	Modalité	Durée	Caractéristiques personnelles
1	Molière	09-04-2022	Présentiel	60 minutes	Homme de 24 ans - Novice
2	Jean	12-04-2022	Distanciel	70 minutes	Homme de 26 ans - Novice
3	Racine	12-04-2022	Distanciel	60 minutes	Homme de 23 ans - Novice
4	Homère	14-04-2022	Présentiel	45 minutes	Homme de 64 ans - Expert
5	Olympe	15-04-2022	Présentiel	40 minutes	Femme de 25 ans - Novice
6	Simone				Femme de 24 ans - Reconvertie
7	Camus	26-04-2022	Distanciel	40 minutes	Homme de 36 ans - Expert

2.4. Modèle et méthode d'analyse

Afin d'analyser de manière concise nos données, il a été nécessaire de retranscrire l'entièreté de nos entretiens enregistrés sur dictaphone. Une fois la retranscription terminée à l'aide du logiciel *Microsoft 365* sur navigateur, plusieurs lectures successives ont été nécessaires pour mieux s'imprégner de leurs contenus. Les passages les plus intéressants ou évocateurs pour notre analyse ont été triés et une comparaison de l'ensemble des entretiens a mis en évidence les convergences ou divergences nous permettant de répondre à la question de recherche.

Figure 5 : Modèle d'analyse



Le cadre d'analyse synthétise le phénomène de professionnalisation des travailleurs – aussi appelée socialisation professionnelle – comme un processus reposant sur les interactions réciproques de trois facteurs : l'autonomie du sujet au travail, la construction de son identité professionnelle et l'expérience du travail.

3. Résultats – Présentation des données

Dans cette partie nous détaillerons successivement les données recueillies lors de nos entretiens. Ces données ont été partagées en différentes catégories selon les concepts théoriques présentés dans la première partie de ce travail.

3.1. L'identité

3.1.1. L'identité – processus biographique

Nous notons des convergences concernant les éléments ayant orienté les répondants vers la kinésithérapie. De fait, Camus nous dit : « *J'ai choisi le métier de kinésithérapeute pour aider des gens et avoir un lien plus ou moins lointain avec le sport* » ; ce qui rejoint l'avis de Jean : « *Je suis quelqu'un d'assez sportif. J'aime le monde du sport depuis très longtemps, depuis tout petit et donc j'ai choisi cette voie-là et je suis plutôt agréablement surpris* ». Nos répondants justifient leur choix d'étude par l'importance de l'activité physique dans leur vie personnelle et leur préférence pour un métier différent qu'un emploi de bureau.

Lorsqu'Olympe donne les raisons qui l'ont poussée à s'orienter vers la kinésithérapie, elle déclare : « *Parce que je voulais un métier où je pouvais bouger et me reconvertir en plein milieu de ma carrière. Si je veux changer d'orientation, c'est possible. La kiné c'est tellement vaste [...] il y a plein de formations et de spécialisations que ce soit en pédiatrie ou autre... Rien que ça, fait la différence* ». Son témoignage rejoint les précédents en soulignant sa préférence pour une activité professionnelle dynamique. Elle conclut en parlant des différentes possibilités qu'offre la kinésithérapie avec ses nombreuses spécialisations comme d'un atout pour développer sa carrière selon ses envies.

3.1.2. L'identité – processus relationnel

Les soins ne peuvent être prodigués qu'en présence d'un patient et d'un prestataire de soins. Leur interaction est qualifiée de relation thérapeutique dont la spécificité est de placer une distance relationnelle voire une barrière. Au sujet de la distance thérapeutique, Camus nous confie : « *Elle sert avant tout à nous protéger. Bien entendu de merveilleuses rencontres peuvent se faire, mais nous ne sommes pas là pour servir de confident, être le nouveau meilleur ami ou*

le défouloir du patient ». Son opinion est partagée par son confrère Molière : « *Je suis thérapeute, je suis soignant, je soigne les gens, je n'ai pas pour vocation d'être un ami ou la famille. J'ai droit à cette distance, c'est un respect* ». Selon eux, la distance caractéristique de la relation thérapeutique est nécessaire à l'établissement d'un cadre indispensable à la bonne réalisation de leurs activités.

Bien qu'Olympe soit d'accord avec ses confrères sur la définition de la relation de soin, cette dernière peut s'assouplir selon la durée du traitement et les affinités partagées avec les patients : « *C'est cette relation où il y a une barrière donc je ne suis pas amie avec mes patients hein ! Mais voilà avec certains patients, il y a quand même une petite relation qui se tisse. Enfin c'est pour des traitements super longs et donc forcément, j'apprends sur leur vie perso et franchement, ils n'en savent quasi rien sur ma vie.* »

Ensuite, Jean nous dit que le kinésithérapeute n'est pas lui-même pendant le soin : « *On se doit de faire bonne mine, d'être toujours spontané, d'être chaleureux. On doit ça aux personnes qui ont une vie horrible* ». La relation thérapeutique est marquée par l'adoption d'une attitude « professionnelle » de la part du kinésithérapeute.

La mise en relation avec des personnes vulnérables est l'occasion pour Camus de changer sa vision du monde et de la vie : « *Mon travail est une opportunité d'aider des gens, d'échanger et d'apprendre à gérer des problèmes pour eux comme pour moi. C'est une leçon de vie permanente* ». Pour Olympe, c'est également une manière de relativiser ses problèmes personnels : « *J'ai de la chance d'avoir la vie que j'ai et tu n'as pas vraiment le droit de te plaindre quand tu entends la vie de certaines personnes* ».

Puis, Molière nous confie se sentir investi d'une responsabilité à l'égard des patients, ainsi sa motivation principale pour aller travailler est sa « *conscience du devoir* ».

Comme nous l'avons abordé dans la partie théorique de ce travail, la relation thérapeutique est l'axe autour duquel se construisent les soins. De la même façon, sans un partenariat entre le soignant et son patient, les soins ne peuvent donner de bons résultats : « *Je ne peux pas soigner quelqu'un qui ne veut pas être soigné, je ne peux pas faire de miracles ensuite* » (Molière, avril 2022).

Concernant les miracles, Olympe aborde les attentes de patients qui placent de grands espoirs dans leur thérapeute : « *Des patients ont vraiment cette attente du toucher magique* » comme si le kiné était investi d'un pouvoir qui échappe à la raison.

Cet extrait souligne aussi l'importance du rôle que joue le maître de stage comme source d'identification auprès des jeunes stagiaires. Ce dernier peut tant inspirer à l'image d'un mentor que dégouter son apprenti ou son stagiaire. L'engagement professionnel est une qualité évoquée comme inspirante pour nos répondants.

Pour terminer, l'aspect relationnel du kinésithérapeute ne se cantonne pas seulement à la sphère du soin, mais également à son entourage professionnel. Olympe et Simone nous parlent de confrères et confrères qui les inspirent ou au contraire, les désenchantent : *« Il y a des confrères qui t'enthousiasment et d'autres non. Il y a des gars qui donnent une image du métier mauvaise. Voilà ! j'aimerais développer parce que j'ai eu des maîtres de stage qui m'ont dégoûté et parfois, un qui te dit : « c'est quand même un métier qui est bien ». Quand je vois mon collègue ou regarde « Major Mouvement », ils me donnent trop envie d'être kiné. Tu vois genre qu'ils sont bons, car ils sont hyper impliqués dans ce qu'ils font »*. Dans cet extrait, le rôle du maître de stage est mis en évidence comme étant d'une importance particulière et structurante pour les jeunes kinésithérapeutes.

3.2. L'autonomie

Le kinésithérapeute est décrit comme un professionnel ayant l'opportunité de décider de ses conditions de travail.

C'est ce dont témoigne Jean en faisant le parallélisme entre le métier d'infirmier et celui de kiné : *« Si on prend le métier d'infirmier, on va dire qu'ils sont les mains des médecins. C'est-à-dire que si le médecin prescrit cinq médicaments à prendre à telle heure ou de faire tel type de soins, l'infirmier n'a pas la possibilité de réfuter ou de modifier ce qu'il a à faire. Il va exécuter à la chaîne ce que le médecin dit et quelquefois sans aucune logique, voire sans aucune maîtrise, ou encore de recul et compréhension de l'acte qu'il va poser contrairement au kiné qui agit sans protocole »*.

Cette vision de l'autonomie dans la réalisation du traitement est aussi partagée par Homère : *« Je considère que j'ai la prescription, mais il peut arriver qu'il en discute avec le patient « voilà, c'est ce qui est mis sur le papier. Et voilà, ce que moi je propose »*. En s'affranchissant du traitement proposé par le médecin, la prescription médicale perd sa fonction de « marche à suivre » destinée aux kinésithérapeutes pour ne plus être qu'un ticket d'accès aux soins kinésithérapeutiques.

Nos répondants évoquent leur vision de cette autonomie dans la conception et la réalisation des traitements ; « autonomie » qu'ils considèrent comme « exceptionnelle » dans le paysage paramédical. Ils abordent la vision du kinésithérapeute en tant qu'« antenne relais » de la communication entre les soignants. Les kinés ont conscience de l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire et leur image d'« électron libre fédérateur » leur colle à la peau à la manière d'une étiquette. C'est ce que dit Jean : « *On a cette « casquette » de paramédical libre [...] Si on prend une pyramide des différents métiers, on se retrouve vraiment à la moitié dans le sens où on a une certaine aisance à pouvoir parler avec des personnes du médical comme les médecins. On a la capacité de pouvoir parler avec eux comme on a l'habitude de discuter avec des infirmiers, des aides-soignants ... en ayant toujours un discours qui se comprend* ».

L'autonomie s'exprime collectivement comme la possibilité pour la communauté des kinésithérapeutes de s'autodéterminer d'abord comme membre d'un « Tout » composé de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé coopérant pour le bien du patient. Puis, comme un groupe professionnel à part entière dont la diversité est une nécessité selon notre vétéran Homère.

Camus évoque cette imbrication entre les différents professionnels de la santé comme un idéal à atteindre dans l'exercice de son métier « *Dans un monde idéal, la communication avec les autres professionnels de santé ferait qu'on s'inscrirait dans un ensemble cohérent où tous les acteurs pourraient aider le patient à avancer* ».

Toutefois, cette autonomie demeure toute relative et reste dépendante des circonstances déterminant une pratique dite prudentielle. Cette « liberté » n'est pas non plus acquise et peut même être considérée comme fragile.

Plusieurs facteurs interviennent, notamment, celui de l'expérience professionnelle. Comme le dit très bien Jean : « *N'ayant que très peu d'expérience sur le terrain, notre mode de pensée, notre manière de réfléchir, notre manière de poser des actes, notre manière de travailler est vraiment très scolaire. Cette approche est différente de quelqu'un qui a travaillé depuis vingt ans et qui a déformé ses techniques* ».

Pour Jean, l'autonomie dans le savoir-faire kinésithérapeutique est liée à l'expérience professionnelle et participe à la légitimation des professionnels.

La légitimité est également une thématique qui a été abordée par nos répondants, non seulement d'un point de vue de l'expérience professionnelle, mais aussi du point de vue de la gestion pratique et administrative.

Olympe nous confie avoir été mal à l'aise à ses débuts - en tant que novice - avec les paiements de ses patients. Jean compare les contraintes administratives à une épée de Damoclès : « *Ce serait bien d'être au cabinet, d'accueillir les gens avec un « timing » correct et de ne pas avoir une limite horaire ou une limite au niveau des sous, car des patients ont peur de venir (consulter) sous peine d'être refusés par la mutuelle. C'est une épée de Damoclès au-dessus de leur tête et de notre tête [...] En fait, (ma journée idéale) c'est pouvoir réaliser une journée sans avoir à se soucier de la charge administrative* ».

Pour l'ensemble de nos répondants, le boulot administratif qu'il qualifie de « sale boulot », désigne le versant asservissant de leur activité professionnelle. Cette partie peut être vécue comme une désillusion pour les novices. Plusieurs de nos participants vont jusqu'à dire que l'absence de tâches administratives ou de gestion financière est un des ingrédients nécessaires à une journée parfaite.

La journée parfaite serait synonyme de « bon boulot » ; celui que les répondants considèrent comme étant la partie substantielle de leur exercice professionnel, l'essence même de leur métier.

Comme le dit Racine « *Une bonne récupération motrice. Par exemple, quelqu'un qui n'a pas d'équilibre et qui maintenant a de nouveau de l'équilibre. Ça rend fier, ça fait plaisir à entendre et on se dit qu'on a quand même fait du bon boulot quoi. On est content de la prise en charge ou des techniques qu'on propose* ».

3.3. L'expérience professionnelle

Le soin est la prise en considération du « cure-soigner » et du « care-prendre soin » afin de répondre de manière adéquate à diverses attentes telles que l'efficacité scientifique et technique des remèdes en vue de la préservation de la santé, et encore la nécessité pour le patient de se sentir en confiance et pris en charge.

Dans son témoignage, le thérapeute Molière paraît davantage s'inscrire dans la dimension « CARE » du soin. En plus du traitement proprement dit, une attention et un intérêt sont portés au patient qui font que la prise en charge est vue de manière holistique. Pour Homère d'ailleurs, peu importe la spécialisation des kinésithérapeutes, la variété de pathologies ou de patientèle qu'ils peuvent rencontrer, il y a convergence des expériences vécues et le soin est la dimension commune à tous les thérapeutes qui les relie. C'est ce qui lui fait dire que « *Mes confrères ont*

aussi une patientèle et un champ d'action multiple, que ce soit avec des vieux, des gosses, des sportifs ou en pratiquant de la « respi », on discute de la même chose puisqu'on vit les mêmes choses ».

Toutefois, ces deux visions du soin « care-cure » restent en concurrence dans la prise en charge des patients et tendent à soit prédominer ou soit s'effacer selon les types de pathologies aiguës ou chroniques ainsi que les objectifs de traitements fixés avec les patients.

« L'absence de guérison n'est d'ailleurs pas nécessairement synonyme d'échec » (Molière, 2022). Il semble que l'enjeu du soin kinésithérapeutique peut se situer ailleurs, par exemple dans la satisfaction, voire la reconnaissance des patients.

Reconnaissance quelquefois matérielle ou encore plus simple et impalpable. Par exemple, la flexibilité dont font preuve des patients pour faciliter la vie des soignants ou leurs retours sur la prise en charge. Jean insiste sur l'importance d'avoir une pratique désintéressée. La reconnaissance n'est pas une fin en soi, mais une attention qui corrobore la qualité de sa prise en charge. *« Je ne pratique pas pour avoir derrière une reconnaissance. Je pratique, je fais mon métier et je me dis que si la personne est contente des résultats, la personne sera reconnaissante. D'un côté, c'est toujours chouette » (Jean, 2022).*

Les trucs super qui me font vraiment plaisir, c'est genre, par exemple l'horaire. Voir les efforts que ton patient fait pour que je n'ai pas cinquante kilomètres entre deux patients, je lui dis : « J'ai un domicile à côté à cette heure-là ça m'arrangerait bien de venir à ce moment-là », témoigne Olympe.

Dans le processus de « professionnalisation » de la kinésithérapie, d'autres visions d'évolution du métier dans un futur plus ou moins proche ont été aussi abordées par nos répondants, comme la numérisation des soins de santé.

Face à cela, notre novice Racine se dit préoccupé, car il n'arrive pas du tout à se projeter dans ce futur numérique et s'interroge sur l'avenir de la kiné par rapport à cette technologie.

Quant à notre expert Homère, il voit d'un mauvais œil cet élan technologique qui viendrait, selon lui, menacer l'autonomie de ses consœurs et confrères. Il dit carrément : *« Je suis content d'arrêter parce qu'à mon avis on pourra plus faire autrement que passer par le système informatique qui va nous cadencasser par rapport aux traitements ».*

En effet, les prescriptions indiquant les pathologies ou les structures à soigner ainsi que les actes recensés auprès de l'INAMI doivent correspondre à une série de critères. Or, dans une vision holistique et fonctionnelle du corps humain, on ne peut se réduire à une seule structure anatomique d'autant que la précision des prescriptions est souvent décriée.

De même, au fil de l'expérience, l'intuition occupe une plus grande place dans le processus décisionnel du kinésithérapeute. Bien que ce mode de jugement acquis avec l'expérience soit souvent opposé à la logique ou à l'analyse, il n'en demeure pas moins une des composantes du raisonnement clinique.

« J'essaie de sentir un petit peu quels sont les besoins pour la personne qui est en face de moi. Alors forcément, avec un peu plus d'expérience, tu peux plus facilement détecter quel type de patient tu as en face de toi », conclut Homère.

3.4. La professionnalisation

3.4.1. La professionnalisation « from above »

Les kinésithérapeutes évoquent l'utilité « limitée » des prescriptions médicales dont la fonction est double : premièrement, elle permet de réguler l'accès à la kinésithérapie pour le patient et deuxièmement, elle doit baliser les soins en contenant le diagnostic du médecin prescripteur ainsi que les actes à administrer. Or, ces indications sont la plupart du temps lacunaires ou réductrices et leur utilité remise en cause. C'est ce que témoigne Olympe : *« Ça arrive souvent qu'on fasse un meilleur bilan que le médecin. [...] Moi, j'ai encore trop de patients qui arrivent avec la prescription où il est indiqué « douleur d'épaule » ou encore, « épicondylite genou ». Quel côté ? Vous êtes médecin ou pas enfin ? »*

Pour Camus aussi *« La réalité du terrain fait que les kinés sont souvent réduits à être dépendants des prescripteurs qui gardent des œillères et ont des visions réduites de notre métier... Donc, dit-il, nous devons développer des compétences pour avoir un discours et des actions capables de se suffire à elles-mêmes »*. Enfin, il conclut en disant que *« Dans un monde idéal, la communication avec les autres professionnels de santé s'inscrirait dans un ensemble cohérent où tous les acteurs pourraient aider le patient à avancer »*.

Dans certains pays européens comme nos voisins français et hollandais, ce système dit de « l'échelonnement » a été abrogé avec succès. Les kinés interrogés dans ce travail partagent le

même sentiment d'injustice, ils se sentent dévalorisés en ce qui concerne la rémunération fixée par l'INAMI pour les kinés dits conventionnés. « *On est déconsidérés au niveau des tarifs, enfin c'est vraiment un gros point à régler. Puis, le fait qu'on ait absolument besoin d'une prescription* », dit Olympe. Camus continue : « *Par exemple, il faudrait reconnaître davantage les spécialités pour nous permettre de demander un supplément d'honoraire ! Il faut revaloriser notre profession en nous permettant d'obtenir autre chose qu'un bête bout de papier (son diplôme) au bout de quatre ans de formation. En plus, ce système inciterait plus de monde à se former en continu* ».

Enfin, Camus parle également de dépendance et d'une émancipation possible de ce système par l'action collective des kinés à la manière du processus « from within ». De plus, l'incitation à la formation continue constitue une source de professionnalisation par laquelle les personnes engagées dans un métier peuvent se perfectionner techniquement, améliorer leur compréhension des règles éthiques régissant l'exercice de leur fonction, ou encore mettre à jour leurs connaissances pour acquérir une meilleure maîtrise de l'art pour mieux satisfaire les demandes de leurs patients.

3.4.2. La professionnalisation « with in »

Nous avons eu l'occasion d'évoquer l'importance de l'Evidence Based Practice (EBP) dans le raisonnement clinique des kinésithérapeutes. Ce système de connaissances, de recherches et de publication a été mis en place et promu par les kinésithérapeutes pour objectiver et légitimer tant leurs savoirs que leurs savoir-faire en termes d'efficacité et de preuves. L'existence de ce système de littérature pour le domaine de « la thérapie par le mouvement » démontre une volonté des professionnels de s'affirmer comme une communauté singulière et une discipline à part entière.

Il est aussi question de modifier les formations de base dispensées à la fois à l'université et en haute école. En effet, les « interviewés » estiment que les programmes de cours doivent être revus pour contenir davantage de travaux pratiques dont des stages et des nouveaux cours préparant à la gestion administrative et financière du métier de kiné. Ils abordent le besoin d'aligner la durée du cursus à celui des autres diplômes de cycle long, avec un Master de deux années (au lieu d'une) et avec comme corollaire un enrichissement des matières étudiées. Il faudrait uniformiser le cursus au niveau fédéral, comme cela est déjà le cas en Flandre.

Olympe l'évoque clairement dans son témoignage : « *On n'a pas assez de pratique, ce n'est pas suffisant pour moi, je suis en faveur pour les cinq ans. [...] Il faudrait plus de stages, mais je ne sais pas puisqu'on n'en a déjà pas mal, mais franchement quand je suis sortie de l'école, je n'étais pas prête. Je trouve qu'il faudrait vraiment une spécialisation beaucoup plus importante, tu devrais pouvoir te spécialiser vraiment dans ta dernière année d'études et pas juste avec des formations* ».

Témoignage entériné par Camus qui dit clairement qu'il faudrait « *Remplacer les cours « filtres » comme math, biologie et compagnie par des cours qui ont plus de sens par rapport à notre métier, c'est-à-dire autant des cours de gestion administrative que des cours de communication, d'alimentation ou des journées interdisciplinaires. Il faudrait aussi envoyer les stagiaires en maison de repos dès la deuxième année et ajouter une cinquième année comme en Flandre pour une pré-spécialisation. Ça veut dire qu'il faut repenser la formation en kinésithérapie. Certains professeurs ont des bonnes idées ou essayent de changer les programmes, mais le système universitaire reste réfractaire aux changements* ».

Enfin, la spécialisation devrait aussi prendre davantage de place dans la finalité de la formation. Cette idée rejoint celle de la revalorisation des kinésithérapeutes et de leurs spécialités.

Le désarroi face au manque d'expérience et de pratique et donc de légitimité est partiellement compréhensible. C'est ce dont témoigne Olympe, novice dans la profession lorsqu'elle dit : « *Sortir de quatre ans d'études et ne rien être capable de faire et devoir payer des formations à des milliers d'euros pour être capable de faire ton boulot. Je ne trouve pas ça normal* ».

Le programme des études est clairement mis en cause dans cette situation de détresse de même que l'investissement financier lié aux formations qui n'est pas à la portée de tous, en plus de sembler indispensable.

Camus évoque à ce propos, les actions menées par l'association de défense professionnelle représentative des kinésithérapeutes de Belgique : « Axxon », en particulier la pétition qui circule pour revaloriser les honoraires et inciter les kinés à se déconventionner.

Espoir apparemment de courte durée, si l'on croit le courriel d'Axxon qu'il a reçu en avril 2022, qui explique « *qu'ils doivent rester neutres, etc. Ça ne changera jamais avec cette tiédeur* », conclut-il.

3.5. Une profession à pratique prudentielle

En évoquant l'importance du binôme « mains – tête » comme « outils » de travail, Homère parle de la kinésithérapie comme des deux faces d'une même pièce. De fait, le kinésithérapeute historiquement considéré comme un travail physique, de technicien implique désormais une dimension intellectuelle. La démarche réflexive fait partie du processus décisionnel du thérapeute dans ses choix de traitement.

Comme en témoigne Homère, « *Les appareils peuvent être utiles de temps en temps, mais ça ne doit pas être ce que tu utilises en premier. Les premiers appareils que tu as, ce sont tes mains et ta tête* ».

L'approche réflexive du kinésithérapeute est synonyme de « raisonnement clinique ». Ce dernier nait de la combinaison de trois éléments complémentaires : la mobilisation des connaissances prouvées et acquises par le thérapeute, son intuition ou expérience clinique corrélée à son degré d'apprentissage du métier et les informations et souhaits du patient.

Comme indiqué par Camus dans son témoignage : « *Mes décisions de traitement sont guidées par l'EBP (Evidence Best Practice), c'est-à-dire les recommandations de la littérature scientifique, mon expérience clinique et les préférences des patients* ».

La démarche réflexive du métier permet l'individualisation des soins de santé selon les demandes des patients, à la manière d'un service « sur mesure » ou d'une offre personnalisée. Pour ce faire, il est opportun que le kinésithérapeute conserve une autonomie suffisante dans la conception de son traitement.

En effet, « C'est le protocole de soins qui va s'adapter au patient. Ce n'est pas le patient qui va s'adapter au protocole. Du coup, si on juge qu'il y a certaines interventions plus pertinentes que d'autres, on peut modifier notre prise en charge sur le moment », dit Jean.

Les thérapeutes interrogés insistent sur l'importance lors d'une prise en charge, de la complémentarité entre les fonctions cognitives et les actes thérapeutiques relevant du « toucher ».

4. Discussion - Analyse des données

4.1. Le contexte de la professionnalisation

4.1.1. La relation de soin

Le besoin ou l'envie de rendre service à la collectivité est clairement mis en avant par les kinésithérapeutes répondants. Travailler dans les soins est leur façon de se sentir utile et de rencontrer leur besoin d'accomplissement personnel ou de reconnaissance sociétale. Pour nos kinésithérapeutes interrogés, leur travail est connecté à un projet s'inscrivant plus largement dans la réalisation de soi (Dubar, 2015).

De même, le sens du devoir ressort des entretiens comme étant un élément majeur du rôle du kinésithérapeute et de son attitude professionnelle. Pour « revêtir » leur rôle de kinésithérapeute, ils se doivent – pour leurs patients en situation de souffrance - d'adopter des comportements qui ne leur sont pas forcément naturels dans leur vie personnelle.

Les thérapeutes sont investis d'une mission sociale, celle de soigner les malades. Cependant, il s'agit de ne pas confondre « empathie » et « dévotion » avec le danger que le thérapeute s'oublie au profit de son patient. C'est là, toute l'importance de la distance marquant la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique marquée par la distance ne les empêche pas de faire preuve d'empathie au contact des malades. Les professionnels se doivent de séparer vie professionnelle et personnelle, mais la première n'est pas sans influencer la seconde en modelant leur vision du monde et de la vie. Pourtant cette séparation est indispensable et c'est en adoptant une attitude professionnelle dans l'exercice de leur métier que les kinésithérapeutes construisent leur rôle de soignant.

Selon les répondants, la définition du kinésithérapeute en tant que « thérapeute soignant par le mouvement » reste d'actualité. Cependant, plusieurs insistent sur une certaine image du kinésithérapeute que peuvent entretenir des patients. Ainsi certains patients lui octroient des dons « surnaturels » ou surévaluent ses capacités en le croyant capable d'accomplir des miracles. Ces fausses croyances constituent autant de freins que de possibilités, si on les utilise à son avantage, par effet placebo. Le témoignage d'Olympe met en avant le sens haptique comme « cœur de

métier » du kinésithérapeute et l'attente des patients d'être pris en charge par des techniques dites « Hands on », c'est-à-dire avec des manœuvres pratiques avec apposition des mains.

Ensuite, les interactions entre les thérapeutes et leurs patients déterminent la qualité de la prise en charge et des soins. L'importance de cette relation thérapeutique renforce la dimension du « care » dans les soins. En outre, la qualité en termes de conception et d'exécution du traitement dépend aussi de l'environnement dans lequel s'inscrivent les soins. Ainsi des séances à domicile, en cabinet ou en maison de repos n'offrent pas les mêmes possibilités en termes d'aménagement de l'espace, ou encore de mise à disposition de matériels. La relation kiné/patient s'enracinant dans un cadre thérapeutique, ce dernier dépend aussi du lieu de la consultation. Par exemple, la consultation dans un cabinet dont la destination est d'abriter le soin n'est pas la même que lors d'une visite à domicile où les kinés pénètrent dans l'espace intime des patients. Cela nous fait penser que le décalage entre les résultats effectifs et anticipés des traitements s'explique partiellement par des conditions du travail réelles qui s'écartent de celles envisagées comme optimales par le traitement prescrit. Dans leur travail, les kinésithérapeutes s'adaptent au sujet qu'il soigne et aux circonstances qui l'entourent pour lui proposer une prise en charge personnalisée.

Nos kinés décrivent le rôle de patient différemment que celui énoncé par Parsons. De fait, selon les travaux de Parsons, l'asymétrie caractéristique de la relation thérapeutique en faveur du prestataire de soins obscurcissait l'autonomie du patient. Or ce paradigme n'est plus d'actualité grâce au consentement éclairé du patient et à la décision partagée avec ce dernier. Le patient quitte le monde de l'attente et de la patience, dont il tire son nom, pour préférer la proactivité. Il devient un acteur de sa prise en charge ayant le pouvoir d'influer sur les résultats de son traitement. Ainsi, la relation thérapeutique ressemble davantage à un partenariat.

Le rôle social du malade ou de patient a lui aussi évolué avec la relation thérapeutique. De nos jours, l'alitement strict n'est plus une mesure absolument prescrite et le repos relatif lui est préféré pour que les malades puissent conserver une vie sociale et une activité dans les limites de leurs capacités.

En outre, on observe que l'ancienne définition du rôle de malade convenait mieux aux patients aigus qu'aux patients chroniques dont la guérison est écartée de leur projet thérapeutique. Pour continuer, cette population de patients qui est contrainte d'apprendre à vivre avec sa maladie nécessite des soins dont le but est la sédation de la douleur ou une prise en charge dans laquelle le soignant revêt un rôle d'accompagnateur pour l'aider à gérer sa maladie au quotidien comme

c'est le cas pour l'éducation thérapeutique. Ce type de prise en charge sur le long terme s'apparente au travail du « care » et lie davantage le thérapeute et son patient.

Toutefois, il n'est pas correct de penser que ce type de travail ne mobilise que des émotions positives... Il est impossible d'aimer tout le monde et les patients ne font pas exception, quelles que soient les bonnes intentions du soignant. Dès lors, les affects et considérations personnelles du soignant délimitent l'empathie et dressent la distance thérapeutique. Le travail du « care » n'est pas de tout repos entre son ambivalence et les tiraillements qui le traversent, il s'agit de pouvoir être tant dans le souci de l'autre qu'être à distance de ce dernier.

Enfin, les kinésithérapeutes disposent de plusieurs rôles en réponse aux nombreuses situations de soins qu'ils rencontrent. Parmi les rôles évoqués, nous trouvons ceux de praticien, éducateur, formateur, communicant, « psychologue » ou encore gestionnaire (Pascal Roquet et al., 2015). La distance thérapeutique semble alors nécessaire dans l'organisation des soins. Elle permet d'éviter une confusion des rôles et une distanciation identitaire du kinésithérapeute qui pourraient empêcher les acteurs du soin à trouver leur place idoine dans le traitement.

4.1.2. L'autonomie dans la profession

Les kinésithérapeutes semblent partager une vision commune de leur métier. Selon eux, la définition du kinésithérapeute en tant que « thérapeute qui soigne par le mouvement » reste encore d'actualité. Cependant, cette définition semble ne concerner que la partie de leur activité qu'ils jugent comme étant « leur bon boulot », considérant ainsi la gestion administrative et financière comme le « sale boulot » ou en tous cas, la partie asservissante de leurs activités. D'ailleurs, lorsque les kinés évoquent le futur de leur profession, ils sont pessimistes ou dubitatifs en ce qui concerne son évolution et la réglementation qui en résulterait. Cependant, la récente protestation contre « la convention M/22 » montre que les kinésithérapeutes sont capables d'unir leurs forces et de former un front commun pour revendiquer plus d'autonomie, une meilleure reconnaissance de leur travail ou améliorer leurs conditions de travail.

Selon nos répondants, la menace pesant sur l'autonomie des thérapeutes dans l'exercice quotidien de leur métier peut s'avérer autant frustrante pour ces derniers que dommageable pour les patients. Pour individualiser les soins et s'adapter à la progression du patient, le kiné doit pouvoir disposer d'une marge de manœuvre dans la conception et la réalisation de son soin. Leur

situation correspond aux cas des professions à pratique prudentielle décrites. La nécessité d'une redéfinition de leur profession est pourtant capitale pour conquérir de nouveaux champs de pratiques délaissés par d'autres praticiens.

Toutefois il faut noter que certains kinésithérapeutes ne souhaitent pas acquérir davantage d'autonomie, car celle-ci s'accompagne de responsabilités qui jusqu'à aujourd'hui sont endossées par le médecin prescripteur, responsable du diagnostic. Les kinésithérapeutes préférant le confort et la protection juridique octroyée par la prescription médicale freinent le processus de professionnalisation des kinésithérapeutes dont l'autonomie demeure un des enjeux majeurs.

Sur ce point, la prescription reste un marqueur de la subordination du kinésithérapeute au médecin prescripteur. Elle cristallise la supériorité technique du « cure » sur l'aspect relationnel du « care ». La dévalorisation du « care » ne permet pas la réconciliation des deux dimensions inséparables des soins de santé.

De plus, la prescription est le plus souvent incomplète ou imprécise perdant ainsi son rôle de recommandations de traitement par le médecin qui de toute manière ne connaît pas suffisamment bien l'art de la kinésithérapie que pour lui imposer des actes. Il y a un monde entre le traitement prescrit par le médecin (s'il prend la peine de la spécifier) et la réalisation de ce dernier par le kinésithérapeute. C'est pour cette raison que les kinésithérapeutes acquièrent une autonomie décisionnelle qui reste encore informelle.

De fait, les kinésithérapeutes sont devenus des acteurs importants de la prévention de la santé et de facto, de la première ligne de soins qui se développent dans notre système de santé. Leurs nouveaux rôles et leur paquet d'activités supplémentaires devraient être formalisés par les pouvoirs publics au sein de la législation et ainsi, ouvrir la voie à une meilleure valorisation de leur métier, à une actualisation de leur statut, voire à une reconnaissance réelle de leur autonomie.

4.1.3. Une perspective d'évolution de l'autonomie au travail

L'argument de la maîtrise des dépenses de santé par la mise en place du système de l'échelonnement est caduc. En effet, la réduction de l'autonomie au nom des économies en matière de santé ne se justifie pas puisque la kinésithérapie constitue une mesure préventive aux pathologies lourdes et de facto, aux dépenses considérables qui y sont associées. De plus, les actes paramédicaux reviennent moins chers aux caisses de l'État que ceux dits médicaux. En effet,

les pays ayant autorisé l'accès direct aux consultations de kinésithérapie réalisent des économies de santé et ne recensent que très peu d'abus de consultation de la part des prestataires (Remondière & Durafourg, 2014). Enfin, avec le vieillissement démographique du monde occidental, il est nécessaire de désengorger les cabinets médicaux et d'optimiser l'offre de soins pour les maladies chroniques dont la prévalence augmente avec l'âge.

En Suisse, l'accès direct à la kinésithérapie est déjà en application pour répondre aux besoins croissants de la population, mais est conditionné pour garantir un haut degré de technicité. Les critères suisses sont les suivants :

- L'approfondissement des connaissances liées aux pathologies ;
- La formation au diagnostic différentiel ;
- La participation à la formation continue à la suite de la formation de base.

En plus d'épargner des coûts dans le budget de la santé, l'accès direct s'ancre dans l'idéal d'une médecine moderne dite des « 4P » : personnalisée, préventive, prédictive et participative (Olivier, 2021). En effet, d'abord, les soins sont personnalisés et les thérapeutes les construisent à partir d'une vision globale de leur patient tout en prenant compte de leurs spécificités. Ensuite, les kinés agissent au niveau de l'éducation thérapeutique de leurs patients afin de les accompagner vers un « mieux-être ». C'est ainsi que les kinés cartographient les conditions de vie néfastes ou propices à la bonne santé de la personne pour entrevoir les évolutions positives de cette dernière et choisir les moyens les plus adéquats pour l'aider. L'éducation à la santé peut s'effectuer par la promotion des facteurs « salutogènes » qui protègent la santé de l'individu ou la prévention primaire dont le but est d'éradiquer les facteurs de risque pouvant mener au développement d'une maladie. La prévention peut également être secondaire avec des dépistages précoces ou tertiaire pour aider les patients malades chroniques à améliorer leurs conditions de vie et leur bien-être. Enfin, comme nous l'avons vu, les kinésithérapeutes changent leur regard vis-à-vis de leurs patients dont il n'est plus attendu d'être passif, mais actif dans sa prise en charge. S'il choisit un suivi kinésithérapeutique, il est attendu de lui qu'il collabore pleinement et partage son expérience du traitement avec son thérapeute comme s'il s'agissait d'une expertise à part entière.

Dans le but de réguler l'accès direct à la kinésithérapie, on pourrait aisément envisager de lister des critères objectifs tels que des types de pathologie à prioriser. Par exemple, des troubles musculosquelettiques comme les cervicalgies, les lombalgies à haut risque de chronicité en tête,

mais aussi les pathologies d'épaule, de hanche et de genou. Le domaine neurologique est également impacté par le vieillissement de la population. Par ailleurs, cette catégorie de la population est bien souvent victime de maladies nerveuses dégénératives comme la maladie de Parkinson. De plus, l'augmentation de la prévalence des maladies respiratoires liées à la pollution de l'environnement et à la dégradation de la qualité de l'air par les activités humaines serait aussi un élément en faveur de l'accès direct à la profession (Remondière & Durafourg, 2018).

Un décalage générationnel peut être noté au niveau du poids donné aux connaissances dans les choix des traitements. Nos jeunes kinésithérapeutes insistent sur la mobilisation de savoirs prouvés et reconnus par un système de publications scientifiques tandis que notre doyen – Homère – insiste davantage sur le rôle de l'intuition acquise avec l'expérience du métier. Notre doyen utilise une méthode empirique basée sur son vécu de thérapeute. Nous pouvons penser que les jeunes kinésithérapeutes participent de cette manière à fissurer partiellement l'homogénéité de la culture professionnelle de l'ancienne génération en revendiquant une nouvelle logique prépondérante dans l'exercice de leur métier. Dans une perspective interactionniste, ce renouvellement « conflictuel » est un moteur de leur professionnalisation. En effet, le recours à des savoirs savants et leur mise à jour par la communauté scientifique sont socialement valorisés et permettent d'élever la kinésithérapie dans la lutte des professionnels de la santé.

Toutefois dans la pratique, nous avons vu que la situation n'est pas aussi tranchée. Certains participants expriment « ne pas se sentir assez légitimes pour soigner des patients dès la sortie de leurs études » démontrant l'importance technique du métier de kiné. Cette confiance fait écho à la nécessité de maîtriser son art professionnel pour proposer une solution aux patients. Cependant la kinésithérapie ne se résume pas qu'à la maîtrise d'une aptitude technique, car elle repose aussi sur une capacité de jugement qui permet de l'appliquer à bon escient.

D'un point de vue fonctionnaliste, l'identité du kinésithérapeute se construit autour du sentiment d'appartenance à un groupe professionnel caractérisé par le partage de normes, de valeurs ou encore d'actes communs. On note une homogénéité des professionnels qui partagent des vécus similaires. Néanmoins, la profession reste hautement segmentée avec des kinésithérapeutes de plus en plus spécialisés par type de patientèle ou selon la famille de pathologies traitées. Ces divisions sont nécessaires pour répondre à la diversité de situations rencontrées par les malades, mais posent en même temps la question du futur de la kinésithérapie généraliste. D'ailleurs, la reconsidération de la kinésithérapie a historiquement démarré avec sa branche respiratoire avant de s'étendre aux autres spécialisations.

Contrairement aux idées fonctionnalistes, la polarisation du métier par type de spécialités n'est pas un frein à la professionnalisation ou à l'unité des kinésithérapeutes, et ce d'autant qu'elle semble nécessaire pour organiser l'offre de soins. Dans le futur, les spécialisations devraient, selon les thérapeutes interrogés, être autrement valorisées pour permettre davantage de reconnaissance. Il est nécessaire de repenser le rôle de la spécialisation dans les programmes de cours et de la rehausser davantage jusqu'à la faire valoir au niveau du diplôme, mais sans pour autant perdre systématiquement la pratique généraliste. Par ailleurs, nous nous interrogeons sur la compatibilité entre le désir de s'hyperspécialiser des kinésithérapeutes et le développement d'une première ligne de soins généralistes à accès direct.

4.1.4. Un changement dans la formation

Plus largement, un changement dans la formation dispensée tant à l'université qu'en haute école aux futurs kinésithérapeutes est nécessaire pour mieux préparer les futurs diplômés, par exemple, aux tâches administratives qu'ils sous-estiment. Cette démarche est d'autant plus criante pour l'enseignement supérieur francophone de la fédération Wallonie-Bruxelles dont l'évolution du cursus se situe en retard par rapport à la Communauté flamande qui organise déjà le programme de la kinésithérapie en cinq ans. Un alignement national des programmes est requis pour engendrer un changement de législature au niveau fédéral. L'enseignement est un des leviers permettant de compléter la socialisation professionnelle de ces soignants et de gagner en légitimité. Le passage à cinq ans avec une augmentation des cours pratique et des heures de stage sont avancées. D'ailleurs, cela permettrait de mettre la kinésithérapie au même niveau que les autres études ayant des cursus de cinq ans.

En parallèle, les formations complémentaires sont nécessaires pour étoffer une pratique riche, mais elles coûtent cher et la formation de base doit être revue. En théorie, la formation continue propose une mise à jour des connaissances, de l'éthique commune à la profession, ou encore l'apprentissage de nouvelles techniques comme c'est le cas pour la thérapie manuelle orthopédique (TMO). Néanmoins, les catalogues de formations sont nombreux et faire le tri entre ces dernières est loin d'être aisé. Les jeunes kinésithérapeutes demandent alors conseil à leurs aînés, mais sont déconcertés par l'ampleur de l'investissement financier qu'elles représentent. L'accès aux formations complémentaires pose un problème - même si des aides existent - et leur nécessité est source de découragement pour les novices qui se sentent désarmés même après quatre

années d'études. Il paraît plus que nécessaire de reconsidérer le caractère indispensable et indissociable des formations complémentaires pour mieux les percevoir comme de véritables plus-values professionnelles.

La dimension professionnelle est sujette à des ajustements permanents au gré des expériences, des choix de carrière, des formations entreprises ou des rencontres dans les sphères privées ou professionnelles.

Cet apprentissage continu de son métier dans le but de mieux le concevoir, le maîtriser et le perfectionner implique la compréhension, la réflexion des actes posés et l'élaboration d'une conscience savante à la manière d'une pratique prudentielle (Champy, 2009). Ainsi, les kinésithérapeutes :

- Acquièrent une autonomie réflexive qui se révèle totalement dans l'art du raisonnement clinique nécessitant le discernement entre les « guidelines » issues de l'Evidence Based Practice (EBP), ses savoirs expérientiels et les attentes du patient.
- Accumulent des savoirs prouvés et reconnus de tous par un système de publication réglementé à la manière de l'EBP.
- Entretiennent un rapport étroit avec la prudence dans leur pratique avec le sujet qu'il soigne, ne serait-ce que pour éviter de commettre des erreurs professionnelles pouvant nuire au patient.
- Acceptent l'incertitude avec prudence malgré les évidences de la littérature qui guident leurs décisions de soins. Cette conscience est témoignée dans leur remise en question lors de délibération avec des pairs autour d'un cas clinique ou d'une situation vécue. D'ailleurs, les kinésithérapeutes interrogés n'assimilent pas l'absence de guérison à l'échec de leur prise en charge.

Il est incontestable que la réorganisation de la formation représente un enjeu majeur tant pour la construction intellectuelle du sujet que pour sa transformation culturelle pour qu'il parvienne à élaborer des savoirs dits « apodictiques » - c'est-à-dire issus d'une démonstration méthodique adoptée par sa communauté que pour la transformation culturelle des travailleurs (Roger, 2013).

Enfin, l'intensification de la collaboration entre les différents professionnels du secteur de la santé semble aussi être l'opportunité de développer des formations interprofessionnelles favorisant la communication et la création de liens entre ces derniers (Storrie, 2015).

4.2. La construction de l'identité

Préalablement, les kinésithérapeutes disent se retrouver dans leur métier, cette proximité laisse présager que la construction de leur « identité pour soi » est facilitée. Même s'il n'est pas question de vocation, ils expriment avoir été appelés par le métier et de s'y être retrouvés voire de s'y être épanouis pour nos deux participants les plus âgés. Dans une perspective plus durable, les thérapeutes trouvent du sens dans leur propre historicité et n'estiment pas avoir vécu de rupture identitaire. On imagine aisément la perspective narrative de leur identité se conter comme une biographie marquée par la continuité entre ce que le kinésithérapeute était et est devenu au fil des années.

Comme nous l'avons constaté, le kinésithérapeute revêt plusieurs rôles professionnels en rapport avec les situations qu'il rencontre avec ses patients. Ces différents rôles doivent être « incorporés » par ce dernier pour construire son identité de professionnel de la santé.

Or ce processus d'appropriation s'avère âprement complexifié par des réglementations et normes rigides imposées aux kinésithérapeutes, contraignant de ce fait l'exercice de leur métier.

Néanmoins, on ne peut parler de la reconnaissance d'une identité professionnelle et des différents rôles qu'elle absorbe sans aborder la reconnaissance des savoirs d'une profession jugée comme légitime. Dans notre situation, le besoin de formalisation et le manque de reconnaissance des différentes attributions du kinésithérapeute par les institutions posent un problème dans l'élaboration de l'identité de certains thérapeutes. Les jeunes kinésithérapeutes sont plus particulièrement touchés. Ils sont en quête de repères pour se construire.

Selon le mécanisme « d'identité pour autrui », les kinésithérapeutes visent une identité socialement valorisée par leurs patients qui manifestent leur contentement à l'aide de différentes formes de reconnaissances. D'ailleurs, les kinésithérapeutes expriment leurs changements d'attitudes ou de comportements à l'égard de leurs patients. Ils décident consciemment d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui et de jouer avec ses attentes ou représentations à la manière d'une identité en quelque sorte « bricolée ».

Comme nous l'avons vu, les interactions influencent l'édification de l'identité professionnelle et elle ne se cantonne pas qu'aux relations tissées avec les patients. En effet, les interactions ou les rencontres avec des consœurs, des confrères ou encore des « mentors » conditionnent l'image que les kinésithérapeutes se font de leur métier. Ainsi, les parcours personnel et professionnel des différents participants sont formateurs. La figure de « thérapeute de référence »

peut être incarnée par des maîtres de stage inspirants pour les jeunes stagiaires en cours de formation. La formation pédagogique des superviseurs est une piste permettant d'améliorer le mentorat des étudiants. Ainsi donc, un allongement du cursus à cinq ans serait souhaitable pour préparer les futurs diplômés à leur profession (Beckers, 2007).

De plus, les kinésithérapeutes témoignent aussi leur envie ou leur sentiment d'appartenir à un « tout ». Ils cherchent à obtenir la reconnaissance des autres soignants avec lesquels ils partagent le paysage de soins. Leur désir de travailler en communauté élargie et d'établir des ponts durables pour mieux communiquer entre professionnels est peut-être une manière de stabiliser leur identité professionnelle.

4.3. Une identité à plusieurs rôles et un nouveau modèle de professionnalisation

L'analyse des données permet de rejeter notre hypothèse selon laquelle « Les kinésithérapeutes de Belgique francophone se délimitent un rôle professionnel commun et une identité professionnelle singulière qui leurs permettent de s'affranchir des autres soignant et d'avoir le monopole de leur marché ». Au contraire, cette étude pèse en faveur de notre contre-hypothèse disant que « Les kinésithérapeutes de Belgique francophone intègrent une diversité de rôles professionnels, de techniques et le travail pluridisciplinaire à leur identité professionnelle ».

En effet, par souci de légitimité, les kinésithérapeutes se sont professionnalisés et développés en regard du modèle dominant de professionnalisation médicale. Le souhait des kinésithérapeutes de s'élever au niveau de la profession médicale en suivant son chemin explique l'ambivalence régnant encore dans la culture professionnelle des kinésithérapeutes.

En effet, la culture professionnelle des kinésithérapeutes est partagée entre le « care » historique de leur profession paramédicale et le « cure » hérité de leur modèle de professionnalisation calqué sur celui des médecins. Or, il est nécessaire de réconcilier les deux facettes du soin pour en garantir sa qualité, son efficacité ainsi que pour éviter une tension identitaire chez les kinésithérapeutes qui abandonnerait le « care » au profit du « cure », et inversement.

La double étiquette du kinésithérapeute comme celui qui prend soin et qui guérit – voire celui qui sauve d'après certains patients – constitue un enjeu tant pour l'avenir de la kinésithérapie que pour le développement identitaire des soignants dans leur vie professionnelle. Cependant, cette réconciliation ne paraît possible que si d'une part, le « care » est revalorisé au niveau du « cure » et que la profession admet les limites de son champ d'action comme celle de ne pas

pouvoir soulager la douleur de chaque patient avec un traitement conservateur – par opposition à l'intervention chirurgicale.

En outre, la conception de soins individualisés reposant sur la prise en considération des attentes et capacités du patient est une manifestation du versant « care » des soins kinésithérapeutiques par lequel le thérapeute et le patient jugent le traitement recevable ou non. Ce qui est d'autant plus pertinent avec des patients souffrant d'une maladie chronique et qui suivent des prises en charge plus longue, voire à vie. Cette éthique du « care » s'ancre dans le partage de l'autonomie décisionnelle entre le thérapeute et son patient.

Dans notre situation, les kinésithérapeutes sont en socialisation professionnelle continue et recherchent à acquérir davantage d'autonomie. Cependant, cette quête d'autonomie se détache d'une volonté de se délimiter un rôle social – phénomène de « social closure » – et s'attache plutôt à s'ouvrir aux différents rôles que peut endosser le kinésithérapeute durant sa carrière.

De plus, le sentiment d'appartenance ou l'idéal décrit de former un « Tout » avec les autres soignants, centré autour du patient nous interpelle également sur la socialisation professionnelle des kinésithérapeutes. Alors qu'habituellement la professionnalisation tend vers la fermeture d'un marché du travail, les kinésithérapeutes témoignent leur désir de s'ouvrir et de partager un marché organisé par et pour les professionnels de la santé.

Les kinésithérapeutes souhaitent travailler et s'ancrer dans des équipes pluridisciplinaires. Ce désir de « reliance » aux autres travailleurs de la santé représente une nouveauté pour les professionnels qui sont amenés à définir leur rôle également par les rapports qu'ils entretiennent avec les autres professions sans pour autant s'uniformiser, rentrer en concurrence et perdre leurs spécificités propres.

Pour finir, le développement de la première ligne de soins est une des conditions nécessaires au développement d'une nouvelle médecine – dite moderne – dont l'accès libre à la kinésithérapie est un prérequis. En effet, des activités comme la promotion de la santé, la prévention de complications ou de récidives ainsi que l'éducation thérapeutique sont des activités devant être davantage reconnues dans le secteur de la santé et qui sont aussi amenées à modifier les rôles des soignants et leur champ d'activité. Nous pouvons concevoir la collaboration interprofessionnelle ou plus largement, « l'interprofessionnalité » comme un nouvel élément stimulant le développement et la stabilisation des identités professionnelles qui sont de plus en plus interconnectées dans le cadre de l'organisation de l'offre des soins de santé en première ligne.

4.4. Perspectives

D'autres recherches abordant la professionnalisation des métiers paramédicaux ainsi que la structuration de leur identité professionnelle sont nécessaires pour pouvoir mettre en évidence des similitudes ou différences avec les résultats de ce travail.

Dans une optique de réconciliation des dimensions du « care » et du « cure » dans le soin, il semble également intéressant d'étudier les rôles professionnels qui y sont associés ; ainsi que leurs interactions pour mieux comprendre les mécanismes qui peuvent tant apaiser qu'attiser leur discord.

Il serait également intéressant de mener une étude de cas se penchant sur « *la collaboration interprofessionnelle comme espace de négociation identitaire* » dans le secteur de la santé belge pour tenter de modéliser cette nouvelle approche de la professionnalisation reposant sur « la reliance » entre les soignants (Comeau-Vallée, 2015).

Enfin, l'accentuation de la collaboration interprofessionnelle pose la question de l'interdépendance et interpelle sur le futur de l'autonomie professionnelle.

5. Limites

La principale limite de notre étude est la taille de notre échantillon trop restreint. Un échantillonnage plus large aurait permis une collecte des données plus exhaustive pour mieux dépeindre avec précision et exactitude les idées et visions que détiennent les kinésithérapeutes de la kinésithérapie (Malterud et al., 2016).

Il n'en reste pas moins, même si cela n'est qu'une observation purement personnelle que le ressenti de collègues fraîchement entrés dans le métier rencontre pour l'essentiel celui de nos répondants. Sans vouloir établir de conclusion trop hâtive qui sans nul doute, manquerait de rigueur scientifique, il y a fort à penser que les conclusions de ce travail pourraient être vérifiées auprès d'autres professionnels.

D'autres limites méthodologiques ont également été mises à jour. Malgré la garantie de la confidentialité de leurs données et leur consentement d'être enregistrés pour retranscrire leur témoignage, les participants peuvent être moins disposés à s'exprimer librement et exhaustivement par peur de voir leurs propos divulgués (Frimousse & Peretti, 2020).

Enfin, il aurait été indiqué de prolonger la durée de chaque entretien au-delà d'une heure pour approfondir certains éléments spécifiques (Stalmeijer et al., 2014)

6. Conclusions

Au fil du temps, la kinésithérapie est devenue une profession à pratique prudentielle qui associe une maîtrise intériorisée d'actes techniques avec l'exercice d'une autonomie réflexive grâce auxquels les kinésithérapeutes peuvent discerner les meilleures options de traitement pour leurs patients.

La professionnalisation des kinésithérapeutes s'est longtemps basée sur celle de la profession médicale. Cette influence a engendré une tension au sein de leur culture professionnelle entre le « cure » emprunté au modèle copié et l'éthique du « care » héritée de l'histoire de leur métier. La réconciliation de ces deux dimensions du soin constitue un enjeu crucial de la socialisation professionnelle des kinésithérapeutes et de leur construction identitaire. D'ailleurs, leur souhait de réaménager leurs programmes de formation pour y inclure davantage d'apprentissage va dans ce sens.

De plus, cette étude montre que les kinésithérapeutes s'émancipent du modèle de professionnalisation médicale pour développer leur propre conception du professionnel de la santé par le prisme de la collaboration interprofessionnelle. De fait, les kinésithérapeutes se décrivent comme membres d'un « Tout » formé par l'entière des professionnels de la santé qui se partagent ensemble un marché du travail. Cette évolution professionnelle tend vers la « reliance » des acteurs de la santé et s'inscrit avec cohérence dans le développement de la première ligne de soins.

Enfin, durant leur carrière, les kinésithérapeutes ont la possibilité de jouer plusieurs rôles professionnels qu'ils s'approprient parfois difficilement à cause de réglementations institutionnelles contraignantes ou pour les plus jeunes, du manque de figures de référence inspirantes. Leur identité professionnelle continue d'évoluer avec leur culture professionnelle et selon les reconnaissances témoignées par leurs patients, collègues ou institutions. Dans le futur, elle pourrait même se stabiliser en s'enracinant dans le terreau de l'interprofessionnalité.

De nos jours, les kinésithérapeutes de Belgique francophone se sentent dévalorisés et expriment leur désir d'acquérir davantage d'autonomie décisionnelle en s'émancipant du système de prescription médicale. Ils aspirent à plus de reconnaissances formelles et institutionnelles de leur art pour mieux s'incarner et servir la société.

7. Bibliographies

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles : L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Belga. (2022, juin 27). Un kinésithérapeute sur trois va se déconventionner : quelles conséquences pour les patients ? *La Libre*. Consulté le 20 juillet 2022, à l'adresse <https://www.la-libre.be/belgique/societe/2022/06/27/un-kinesitherapeute-sur-trois-va-se-deconventionner-JKXCRGHXSFHARFI3T7FPORVODQ/>

Bourguignon, O. (2010). L'intime, le corps et la relation de soin. Dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique : II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques* (pp. 84-95). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.02.0084>

Cabestan, P. (2015). Qui suis-je ? Identité-ipse, identité-idem et identité narrative. *Le Philosophique*, 43, 151-160. <https://doi.org/10.3917/phoir.043.0151>

Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Presses universitaires de France.

Champy, F. (2012). *La sociologie des professions* (PUF éd.). PUF.

Comeau-Vallée, M. (2015, août). *La collaboration interprofessionnelle : espace de négociation identitaire*. HEC Montreal (Canada) ProQuest Dissertations Publishing. <https://biblos.hec.ca/biblio/theses/2015no3.pdf>

Courraud, C., Lieutaud, A., & Bois, D. (2018). The Sensible and Identity Crisis of Healthcare Workers: The Perspective of Physiotherapists Practicing Fasciotherapy. *Sociology Study*, 8(1). <https://doi.org/10.17265/2159-5526/2018.01.001>

Dubar, C. (2010). *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France

Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions - 4e éd.* ARMAND COLIN.

Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles.* Paris : Armand Colin.

Dujarier, M. (2019). Qu'est-ce que le travail ? Dans : Fondation Copernic éd., Manuel indocile de sciences sociales : Pour des savoirs résistants (pp. 821-831). Paris : La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.coper.2019.01.0821>"

Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5-6), 778-796. <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>

Fray A. & Picouveau S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>

Frimousse, S. & Peretti, J. M. (2020). Produire du savoir et de l'action : Le vade-mecum du dirigeant-chercheur. EMS Editions.

Le Blanc, G. (2001). Les identités incertaines : Le repérage des identités sociales dans les sciences humaines. *Lignes*, 6, 201-225. <https://doi.org/10.3917/lignes1.006.0201>

Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11 ;358(9280) :483-8. doi : 10.1016/S0140-6736(01)05627-6. PMID : 11513933.

Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies : Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016 Nov ; 26(13) : 1753-1760. Doi : 10.1177/1049732315617444. Epub 2016 Jul 10. PMID : 26613970.

Mangin, B. (2019). Identité professionnelle : (*professional identity – identidad profesional*). Dans : Agnès Vandeveldé-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 335-338). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0335>"

Marc Aurèle. (1999). *Pensées pour moi-même - suivi de Manuel d'Épictète*. Flammarion.

Mélon, L. (2014). Professionnaliser par la formation continue obligatoire. *Empan*, n° 95(3), 101-107. <https://doi.org/10.3917/empa.095.0101>

Morvillers, J. M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>

Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>

Olivier, D. (2021). Chapitre 8. Résurgences d'un rêve de science : la « médecine des 4P ». Dans: D. Olivier, *Auscultez la santé : Généalogie d'une promesse médicale* (pp. 311-379). Paris : Éditions Matériologiques.

Pascal Roquet, Franck Gatto, Sophie Vincent. L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes. [Rapport de recherche] Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) ; Centre de recherche sur la formation (CRF). 2015. fihal-01291525f

Perrenoud, M., & Sainsaulieu, I. (2018). Pour ne pas en finir avec l'identité au travail. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.8750>

Poulard, F. (2020). Reconsidérer l'hétérogénéité des groupes professionnels et ses effets. *Revue Française de Socio-Économie*, n°25(2), 233. <https://doi.org/10.3917/rfse.025.0233>

Rémondère, R. (1996). Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990).

Remondère, R. & Durafourg, M. (2014). L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Santé Publique*, 26, 669-677. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0669>

Remondière, R. & Durafourg, M. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, 30, 869-876. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>

Renault, E. (2013). Autonomie et identité au travail. *Travailler*, 30, 125-145. <https://doi.org/10.3917/trav.030.0125>

Rennie S, Siedner M, Tucker JD, Moodley K. The ethics of talking about 'HIV cure'. *BMC Med Ethics*. 2015 Mar 27 ; 16 : 18. Doi : 10.1186/s12910-015-0013-0. PMID : 25885856 ; PMCID : PMC4377195.

Roger, L. (2013). Apprentissage professionnel. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 37-40). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0037>

Sahrman SA. The human movement system : our professional identity. *Phys Ther*. 2014 Jul ; 94(7) :1034-42. Doi : 10.2522/ptj.20130319. Epub 2014 Mar 13. Erratum in : *Phys Ther*. 2014 Dec ; 94(12) :1828. PMID : 24627430.

Sahrman, S. (2017). THE HOW AND WHY OF THE MOVEMENT SYSTEM AS THE IDENTITY OF PHYSICAL THERAPY. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 12(6), 862-869. <https://doi.org/10.26603/ijsp20170862>

S.I.E.P – Servies d'Information sur les Etudes et les Professions (2018, 4 septembre). *Fiche métier : Kinésithérapeute*. Métiers.be. Consulté le 18 mai 2022, à l'adresse <https://metiers.siep.be/metier/kinesitherapeute/>

Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research : AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923-939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups* (2nd ed.). SAGE Publications, Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412991841>

Storrie, T. (2015). Pour une formation interprofessionnelle englobant la santé et les services sociaux. Quelques leçons du Royaume-Uni. *Pensée plurielle*, 39, 51-61. <https://doi.org/10.3917/pp.039.0051>

Takeuchi R, O'Brien MM, Ormond KB, Brown SD, Maly MR. "Moving Forward»: Success from a Physiotherapist's Point of View. *Physiother Can.* 2008 Winter ;60(1) :19-29. Doi: 10.3138/physio/60/1/19. Epub 2008 Apr 15. PMID: 20145739; PMCID: PMC2787542.

Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, 19, 15-20. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0015>

Vassy, C. & Derbez, B. (2019). Chapitre 5. Le pouvoir des malades et de leurs proches. Dans : C. Vassy & B. Derbez (Dir), *Introduction à la sociologie de la santé* (pp. 125-148). Paris : Armand Colin.

Veziat, N. (2016). 5. La gouvernance professionnelle, enjeu ou menace ? Dans : N. Veziat, *Sociologie des groupes professionnels* (pp. 95-123). Paris : Armand Colin.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 936. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413, 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

