
L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946)

Rémi Remondiere



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753>

DOI : 10.4000/ccrh.2753

ISSN : 1760-7906

Éditeur

Centre de recherches historiques - EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 12 avril 1994

ISSN : 0990-9141

Référence électronique

Rémi Remondiere, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 19 avril 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753> ; DOI : 10.4000/ccrh.2753

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946)

Rémi Remondiere

Analyser l'émergence de la kinésithérapie selon une dimension historique, alors même qu'aucune étude de fond n'a vu le jour jusqu'ici, ne saurait oublier la présence, à ses côtés, d'autres professionnels de santé, dont les uns lui sont extérieurs, tels les médecins qui font figure de référence, et dont les autres, qui lui sont postérieurs, formeront la vaste tribu des professions paramédicales. Inscrite dans cette perspective, la naissance de la kinésithérapie ne va pas sans poser de problèmes. Longtemps, cette profession à venir reste tiraillée entre son passé qui la poursuit, celui des masseurs, la jalousie des médecins, et la convoitise d'autres groupes paramédicaux qui, puisant dans ses pratiques, entendent freiner ou même empêcher son avènement, tels les psychorééducateurs et les pédicures. Finalement institué par la loi de 1946 et reconstitué à partir de groupes antérieurs et concurrents, ce corps professionnel organisé autour d'études et d'un diplôme spécifiques pose alors le problème de son originalité par rapport à d'autres professions paramédicales, dans la mesure où, à la subordination à la prescription médicale, au rôle d'assistant face au malade, font écho l'enrichissement médical des techniques et,

phénomène paradoxal, la perpétuation de pratiques issues des savoirs populaires.

- 1 L'appellation de kinésithérapie, qui nous est familière aujourd'hui, en France et dans quelques pays passés sous influence française a une histoire. La Belgique, le Luxembourg, les pays d'Afrique du Nord et quelques pays d'Afrique Noire ont conservé cette appellation, le Chili en a conservé une autre assez voisine¹. Bien que ce mot appartienne au vocabulaire usuel depuis 1847², son attribution à une profession, qui relève d'une invention de toutes pièces, est en réalité une appellation de complaisance. En effet, c'est grâce à la réunification du Syndicat des masseurs médicaux et celui des gymnastes médicaux, et dans un souci d'éliminer ces derniers, que l'appellation « kinésithérapeute » a été proposée et conservée³. La dénomination « physiothérapie », unanimement utilisée⁴, n'a pas été retenue, en raison de son implication forte dans le milieu des médecins et malgré son emploi dans de nombreux pays. Si l'on en croit Carnot, professeur à la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine au début du siècle, elle recouvre l'utilisation de l'électrothérapie, de la radiothérapie et de ses dérivés, de la kinésithérapie qui comporte le massage, la gymnastique et la mobilisation, de la mécanothérapie, de la balnéothérapie etc.⁵
- 2 Quant à l'appellation « masseur », intégrée à la nouvelle dénomination, elle résulte de l'activité puissante de ce groupement professionnel, fort d'un diplôme créé en 1922⁶ qui associé au terme « kinésithérapeute », constitue, à travers un néologisme de complaisance, une redondance mal acceptée de nos jours.
- 3 L'évolution de cette pratique se présente en trois étapes. Nées des pratiques populaires, dont les succès grandissants tentent les médecins, le massage et la mobilisation articulaire deviennent un enjeu important. La technique, pratiquée par les médecins, accède alors au rang de thérapeutique. Mais c'est oublier que ce savoir, après de nombreux enrichissements, va retourner à sa source, celle des professionnels, qui une fois reconnus et acceptés par le pouvoir médical, vont enfin accéder à une reconnaissance officielle de leur pratique.
- 4 Une grande partie des pratiques utilisées en kinésithérapie sont d'origine médicale et ont été utilisées, justifiées, transformées, codifiées, c'est-à-dire en réalité médicalisées, à la fois par les médecins, mais aussi par des chirurgiens. De ce fait, cette nouvelle profession répond au schéma proposé par Freidson⁷ et les critères d'appartenance aux techniques médicales ne fait aucun doute : appropriation des pratiques, contrôle, subordination à la prescription. D'autre part, elle puise une partie de ses pratiques parmi celles qui ont été, à un moment donné, entre les mains des médecins, telles que le massage, utilisées aussi par les masseurs, la gymnastique médicale, la mécanothérapie, équivalent d'un perfectionnement technique de la gymnastique. D'autre part, une partie de ces pratiques, peu importante en réalité, émanent de traditions populaires, dont les médecins se sont préoccupés bien auparavant, telles que l'hydrothérapie, alors que la balnéothérapie est au début du XIX^e siècle un sujet essentiel de préoccupation médicale, grâce au thermalisme. Le centre d'intérêt s'est donc déplacé au profit d'activités nouvelles à défricher.
- 5 Un peu avant la moitié du XIX^e siècle, le champ libre laissé par les médecins⁸ est aussi occupé, dans une faible mesure, par les masseurs. Leur pratique, différente de celles des rebouteux et des guérisseurs, ce qui n'exclue pas des actes communs, se rapproche donc beaucoup plus, dans « l'esprit », d'une activité à effet thérapeutique, trait d'union physique à incidence morale. La loi du 19 ventôse an XI⁹ sur l'exercice illégal de l'art de

guérir est inappliquée, parce que inapplicable en raison de l'absence de mise à jour, par les préfets, des listes officielles des diplômés et par la pratique impunie des religieuses, notables et bourgeois.

- 6 Le problème est de comprendre comment ces techniques, d'origine populaire, sont devenues celles d'une certaine pratique médicale et de préciser dans quelles conditions s'est transmis le savoir. Après un passage chez les infirmières, puis un retour chez leurs initiateurs cette pratique va finir en 1946¹⁰ entre les mains de praticiens nouvellement reconnus après une période de « purgatoire » alors que les médecins l'utilisent encore.
- 7 Cette diversité de cheminement et de pratique influe directement sur les caractéristiques des sources. On trouve jusque dans les années 1937-1938, des ouvrages écrits par des médecins, très rarement des ouvrages écrits par des professionnels, masseurs médicaux, professeurs de gymnastique ayant choisi la voie de la correction des déviations corporelles. Enfin, aucun témoignage de patients n'a été trouvé. Seule une description des lieux et des traitements a été faite par Maupassant, lors d'un séjour à Enval, une station thermale du centre de la France, dans le département du Puy-de-Dôme. La salle de mécanothérapie est l'objet d'une description de nature à susciter l'interrogation et la curiosité :
 - 8 Il ouvrit une porte qui donnait sur une vaste salle où étaient alignés des instruments bizarres, de grands fauteuils de bois, des chevaux grossiers en sapin, des planchettes articulées, des barres mobiles tendues devant les chaises fixées au sol. Et tous ces objets étaient armés d'engrenages compliqués que faisaient mouvoir des manivelles¹¹.
 - 9 Loin de la fascination exercée sur les patients et pour mieux faire accepter les nouvelles pratiques, les médecins dans la préface de leur ouvrage s'adonnent, soit à une campagne de dénigrement envers les masseurs en place, soit les ignorent totalement, ce mépris affiché ne donne lieu à aucune protestation de la part de ces derniers, puisqu'il n'existe pas de diplôme officiel qui sanctionne leur profession, que la pratique est attaquée et qu'en réalité ils n'ont aucun moyen, de défense. La seule arme dont ils disposent est l'acceptation par les patients. Bien que n'étant pas connue de façon directe, elle est bonne puisque, érigés en pratique médicale, ces nouveaux traitements sont employés par ces mêmes médecins. Néanmoins, il n'est pas certain qu'ils s'adressent à la même population, puisque celle des médecins est plus vaste, favorisant l'originalité des pathologies et leur permettant un choix plus précis dans l'application de ces nouveaux moyens thérapeutiques.

La force populaire (avant 1845)

- 10 C'est devant le nombre important des actes non médicaux et face aux résultats positifs nombreux qui dérangent que les médecins prennent conscience qu'une autre forme de traitement peut soigner. Vers 1840, à une époque où la médecine n'a pas de succès éclatants à offrir aux malades, accepter de soigner autrement que par la médecine traditionnelle, c'est aussi accepter de (re)connaître les acteurs qui sont à l'origine de la transmission de ce savoir. Dans la première moitié du XIX^e siècle, ce partage du savoir, et ultérieurement du pouvoir, avec un groupement de praticiens, qui est un sujet de méfiance, de surcroît non recensé, est impossible¹². En effet, le massage est pratiqué par les empiriques, certains pouvant être des rebouteux. Ils sont peu nombreux en réalité, puisque le reboutage puise sa pratique dans de nombreuses croyances, religieuse,

magique ; les savoirs sur les plantes occupent une place importante et la manipulation articulaire s'accompagne à l'occasion d'un massage, parfois avec un onguent. D'autres, qui ont l'étiquette de masseurs (celle qu'ils se sont donnés), exercent dans les lieux que la morale réprouve (domaine de la prostitution), et la pratique est alors la quasi exclusivité des femmes.

- 11 Dans les années 1820, la pratique du massage, de la balnéothérapie et de la gymnastique se fait de façon séparée, rarement conjointe comme en témoigne les ouvrages de cette époque. Après 1845, le courant « gymnique » est en plein essor et les sociétés de gymnastique deviennent de plus en plus nombreuses. Elles sont 25 en 1870, 850 en 1890 et 2125 en 1920¹³. La gymnastique tente avec bien des difficultés de se démarquer de l'empreinte militaire qui a fait sa réputation. Sur les principes édictés par Amoros¹⁴ – ce militaire espagnol enseigne la gymnastique dans les établissements scolaires supérieurs, mais aussi chez les pompiers et dans l'armée, il possède par ailleurs son propre gymnase –, elle entre à l'hôpital en 1845, avec Heiser¹⁵ à Strasbourg et à Paris en 1847, avec Laisné¹⁶ tous deux professeurs de gymnastique. La chorée et les affections neurologiques sont les grandes pourvoyeuses de malades jeunes¹⁷. La balnéothérapie est connue depuis quelques années déjà dans les hôpitaux, pratiquée par des baigneurs ou des infirmiers non diplômés, et son utilisation évite l'envoi coûteux dans les stations thermales et aux bains de mer. En 1834, l'hôpital des Enfants à Paris, ne possède que quatre baignoires et de plus l'eau sert au récurage de la vaisselle¹⁸. La température est un des éléments qui très tôt attire le public. Neuens¹⁹ s'appuie sur les idées de Priessnitz. Il préconise l'eau froide, pense que la guérison se fait par l'augmentation de la chaleur corporelle et qu'il est possible de la provoquer par application d'une température froide. Kuhn²⁰, spécialiste du thermalisme à Niederbronn, définit en 1856 le point d'« indifférence » qui permet un échange calorifique par excès avec le milieu extérieur. Les médecins ajoutent alors à la précision de la température, des additifs qui accréditent la théorie de l'absorption cutanée²¹. Cinq choix sont alors possibles ; sulfureux, alcalin, salin, ferrugineux et indéterminé²². Les végétaux les plus employés sont aromatiques : romarin, lavande, sauge ; émollients : mauve, sureau ; narcotiques : datura, belladone, pavot ; sédatifs : tilleul, valériane²³. L'association de ces deux procédés populaires rend les plus grands services. Entre 1859 et 1861, les bains dispensés pour les malades hospitalisés sont 63 fois plus prescrits que ceux concernant les malades externes. Ainsi le renouveau observé, celui qui pénètre de façon importante et structuré dans les hôpitaux vers 1840 et se termine à la fin du siècle, associe de l'usage des trois pratiques. Cette union n'est pas seulement la conséquence d'une commodité d'utilisation, ni de locaux, elle résulte aussi de la diversité de ses acteurs, d'une logique d'action concernant les soins relatifs au corps dans son application extérieure. Tout se passe comme si les pratiques populaires « à usage externe » avaient été réunies dans un souci d'effet cumulé avec un unique thérapeute à désigner, mais restant sous le contrôle du médecin. A cette époque, le personnel affecté au service des bains, aux yeux de l'administration hospitalière ne remplit pas les conditions de bonne moralité. Celui-ci n'a aucune qualification particulière. On trouve des surveillants, des infirmières et des infirmiers, des garçons de service et des ouvriers. Les surveillants sont « ceux auxquels l'administration confie un détail de service qui exige des garanties particulières d'intelligence et de moralité et l'exercice d'une certaine autorité »²⁴. Presque cent ans plus tard, ce discours sera relayé²⁵ dans ces termes au sujet du massage : « l'efficacité des traitements enlèverait toutes chances d'erreurs et

écarterait les pratiques irrégulières qui sous le couvert du massage servait la prostitution clandestine ».

- 12 Au nom de la bonne moralité (dénoncée surtout par les médecins vers 1850), de la lutte contre les empiriques et du dénigrement de ses acteurs, – le massage est contesté, non pas en tant que pratique, mais en tant que vecteur – et c'est tout en tenant compte des succès obtenus, donc tout en douceur, que se fait la « prise du pouvoir ».
- 13 Dans les faits, ce sont les masseurs médicaux qui enseignent aux médecins leur pratique. Cette situation qui valorise momentanément leur pratique se fait au détriment de leur reconnaissance immédiate et de leur notoriété.

L'avènement par le transfert (1860-1880)

- 14 Devenu thérapeutique en passant dans les mains des médecins, le massage, associé à la mobilisation dont il est le révélateur, devient en quelques années (de 1880 à 1900), la panacée officielle. Dès lors que le processus de prise de possession est en marche, les moyens d'appropriation sont ceux inhérents à leurs prérogatives : expérimentation, ici chez le chien, mais aussi par des études cliniques – ne sont-elles en réalité que des expérimentations ? – application systématique, pratique par les médecins eux-mêmes. Les lieux choisis sont les hôpitaux et, dans une moindre mesure, les stations thermales (mais elles présentent l'avantage d'offrir une très grande diversité de pratiques) dont le rôle de relai avec la société aisée, dans un premier temps, n'est pas négligeable. Les centres de traitement, qui regroupent les différentes thérapeutiques, n'apparaissent que quelques années avant la guerre de 1914-1918, avec la naissance d'un certain partage du pouvoir ; celui-ci se produit rapidement, dans les hôpitaux et centres de rééducation militaires, durant la première guerre mondiale. L'article français de référence de cette époque date de 1889²⁶. Son impact fut tel, qu'il est publié cinq ans plus tard sous forme d'ouvrage ; il aborde le traitement de tous les membres fracturés ou endommagés par traumatisme à l'aide d'une classification topographique, membre par membre. C'est la période de médicalisation, celle qui, précisément veut marquer son empreinte d'un sceau indélébile : expérimentation animale, emploi systématique dans les fractures, classification des techniques, introduction de néologismes. Doté d'une terminologie encore mouvante et souvent absente, le corpus des termes apparaît insuffisant ou inadapté aux yeux des médecins. Les propositions sont alors nombreuses. Dès 1819, le terme de « massement » est employé par Piorry²⁷ pour désigner le massage. La racine sémantique la mieux adaptée et la plus convoitée, parce que la plus représentative de la nouveauté technologique est « kinésie », qui donnera « kinésique » en 1900²⁸. Si le mot « kinésithérapie » est, à cette époque, encore peu employé, sa première utilisation dans le titre d'une thèse date de 1895²⁹ et ses dérivés francisés par substitution du « k » en « c », « cinésithérapie » et « cinésiologie », ont nettement moins de succès par la suite. Les revues professionnelles non médicales n'ont utilisé que les termes d'origine. Une situation identique se retrouve chez les masseurs médicaux³⁰ qui, pour « marquer leur territoire », après avoir recouvré l'usage de leur pratique, proposent en 1937 un lexique de la kinésithérapie. Ainsi les médecins se structurent et tout se met en place pour assurer la main-mise sur ces pratiques. En 1900, la Société de kinésithérapie est fondée par des médecins, le Syndicat des médecins-masseurs l'est en 1912³¹. La France ne crée pas de chaire de kinésithérapie contrairement à ses voisins, l'Italie et l'Allemagne.

Les luttes d'influence (1890-1947)

- 15 Cette médicalisation du massage, répond-elle réellement à la demande du public et satisfait-elle les masseurs qui voient récupérer leur pratique ? Il semble que non puisqu'en 1899, est créée la première école de massage par le docteur Archambault³². C'est un autre médecin, aveugle, le docteur Fabre qui ouvre, à Paris, la première école pour masseurs aveugles en 1906³³. Ainsi un combat va se livrer pour tenter de conserver les prérogatives d'une technique que les médecins ne peuvent plus maîtriser, puisque la loi sur les accidents de travail³⁴ implique directement l'employeur, les médecins et les masseurs dans l'attribution d'indemnités.
- 16 Il faut attendre la guerre de 14-18 pour voir l'essor important des techniques manuelles populaires, toujours sous la tutelle médicale, mais avec un partage du savoir, face à une demande qui s'amplifie chaque jour³⁵. Les médecins mécanothérapeutes militaires sont formés pour l'occasion en dix jours seulement et leurs élèves en trois jours seulement³⁶.
- 17 Ces derniers, pour peu qu'ils soient habiles, sont recrutés au sein des hôpitaux suivant leurs compétences pédagogiques, tels les instituteurs, professeurs, mais aussi en fonction de l'intérêt qu'ils portent « au corps », tels les masseurs, les professeurs de gymnastique, les sculpteurs. Elles deviennent, de nouveau, en quelques mois une thérapeutique des plus prisées qui, associée à la rééducation professionnelle, obtient un caractère obligatoire, sous peine de voir supprimée la pension d'invalidité³⁷. Les malades qui les refusent seront sanctionnés par les médecins experts militaires, la pension ne pourra être versée, de surcroît, l'Académie de médecine³⁸, avertie d'un cas de refus, adopte une attitude coercitive : « les blessés ou malades ne sont pas fondés à refuser les procédés d'investigation clinique nécessaire aux diagnostics, ainsi que les moyens de traitement médicaux et chirurgicaux conformes à l'état actuel de la science et les mieux appropriés à la guérison ». Des innovations techniques nombreuses voient le jour, planches d'exercices³⁹, appareils de mécanothérapie de fortune ou sophistiqués⁴⁰. Les médecins experts militaires, puis après la guerre, les experts civils, obligent à cette forme de traitement. Les traitements proposés associent, le massage, la mobilisation articulaire, la mécanothérapie⁴¹ et la faradisation qui, pour des raisons d'absence de personnel, se pratiquent sur vingt malades à la fois⁴². Les résultats obtenus sont très bons et ils permettent d'une part le renvoi au front des soldats guéris, plus rapidement que sans la rééducation et, d'autre part, ils évitent le paiement d'une pension militaire à vie⁴³ et font réaliser des économies non négligeables (voir tableau n° 1). Ce sont 80 % d'entre eux qui sortent guéris, alors que le taux d'invalidité chute de 30 % et les cas de réforme sont seulement de 7 %⁴⁴. Le rendement moyen est de 65 à 75 % de la normale lorsque la sélection est très rigoureuse⁴⁵.
- 18 La rééducation fonctionnelle jouit, auprès du public, d'une grande considération et à travers elle, les techniques populaires entrées à l'hôpital sont l'objet alors d'un double enjeu : d'une part l'acceptation par les blessés en tant que moyen thérapeutique visant à la récupération, d'autre part, une utilisation excessive très large, vue son innocuité et la possibilité d'obtenir des résultats au dessus de toute espérance. Le masseur médical, bien que valorisé par sa pratique, ne tire aucune gloire particulière de ces résultats.

Le règne par la réunification (1946)

- 19 Ce serait cependant oublier que le nombre des masseurs médicaux formés va grandissant, d'autant que leur statut légal fini par être reconnu en 1937⁴⁶ et leur diplôme finalement créé en 1943⁴⁷. Ainsi, après la possibilité d'obtention du diplôme d'infirmières-masseurs en 1922, trois écoles de massage se voient reconnues officiellement⁴⁸, celle de l'Association Valentin Haüy, l'Ecole des masseurs et masseurs aveugles (94 boulevard de Sébastopol, à Paris) et l'Ecole française d'Orthopédie et de Massage⁴⁹. D'autres suivront très rapidement.
- 20 Le diplôme de masseur aveugle est créé en 1927⁵⁰. La force que représente ces derniers est née surtout à l'issue de la première guerre. Les blessés militaires doivent se reconvertir ou adapter leurs activités professionnelles d'origine à leur handicap et les écoles de massage constituent une excellente promotion⁵¹; certains sont sans qualification, d'autres viennent d'usines. De surcroît, le masseur aveugle présente les gages d'honorabilité dont la moralisation peut se glorifier. Ces créations ne sont que le fruit d'un travail de l'ombre. De nombreux masseurs médicaux travaillent à cette époque dans les hôpitaux de façon bénévole et cette situation durera jusqu'en 1980⁵². Les infirmiers-masseurs sont introuvables en raison de la forte demande en soins infirmiers. Le pouvoir médical déplore l'insuffisance de son contrôle sur l'ensemble des pratiques corporelles, malgré l'obligation faite, de posséder un diplôme pour exercer à l'hôpital⁵³. Les professeurs de gymnastique des écoles sont les premiers visés. Les médecins⁵⁴ réclament alors, dès 1937, très officiellement, la double compétence pour les masseurs et le diplôme de gymnaste médical est finalement créé le 13 août 1942⁵⁵.
- 21 Les professeurs d'éducation physique ne restent pas insensibles à la pratique de la gymnastique médicale par des non diplômés et le fossé qui les sépare avec les professeurs de culture physique – option gymnastique médicale – se creuse. La Société des professeurs de culture physique médicale de France, change de nom pour s'appeler en 1938, Société française de rééducation physique⁵⁶. Echappant totalement au contrôle des médecins qui réclament que le masseur soit en même temps professeur d'éducation physique, le territoire ainsi défini arrive plus d'un an après cette déclaration⁵⁷.
- 22 Sous la totale dépendance du pouvoir médical, dont il est tributaire par la prescription, ce nouveau corps professionnel ne représente plus aucune force potentielle et le danger qu'il représente est alors écarté. La réunification du corps des masseur-gymnastes médicaux est la conséquence d'une révolte face à un projet de loi qui envisage la réglementation de la profession d'infirmier spécialisé en masso-kinésithérapie et en podologie, les professionnels nouvellement créés se voient mis à l'écart. De la fusion des deux syndicats naît la profession de masseur-kinésithérapeute en date du 30 avril 1946⁵⁸. Cette nouvelle profession constitue la résultante de l'évolution de plusieurs professions (voir schéma).
- 23 La mise en place par le gouvernement de dispositions particulières, permet au non diplômés ou aux diplômés d'écoles privées, d'accéder à la nouvelle profession ainsi créée, après justification d'une période d'activité continue d'au moins trois ans dans ce domaine⁵⁹.
- 24 L'instauration d'une commission d'attribution des équivalences, dirigée uniquement par des « kinésithérapeutes » nommés par le Ministère de la Santé, permet d'honorer environ

75 % des demandes, et cela avec une très grande rigueur : gymnastes médicaux – 245 –, masseurs médicaux – 1547 –, et kinésithérapeutes – 459 –, (voir tableau n° 2). La quasi totalité des demandeurs est munie d'un diplôme d'une école privée et nombreux sont les titulaires de plusieurs diplômes, d'infirmier, de masseur, de pédicure, voire de kinésithérapie⁶⁰. L'exercice professionnel est exigé sur la foi de documents officiels, tels le paiement de la patente, certificat d'exercice du syndicat local, certificat de médecins prouvant l'activité, attestation de bonnes moeurs délivrée par le commissariat de police.

- 25 Née durant la dernière guerre mondiale, sous le gouvernement de Vichy, deux professions, celle de gymnaste médical puis celle de masseur médical, sont la réponse à une politique gouvernementale centrée sur la famille et les conditions d'amélioration de la santé de chacun de ses membres. La création du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, après cette période, vient concrétiser et éclaircir une situation ambiguë de partage des compétences et des attributions⁶¹.
- 26 Ainsi, venu d'une pratique populaire, entre les mains de masseurs, passé chez les infirmières, puis chez les infirmiers masseurs, pratiqué par les médecins, le massage (et ses techniques annexes) retourne chez les masseurs médicaux diplômés. Enrichi par l'adjonction de la pratique de la gymnastique médicale, « emprunté » à titre définitif aux professeurs d'éducation physique, il devient alors masso-kinésithérapie.
- 27 Le corps reconstitué dont il est question, est celui que se sont partagé différents praticiens, pour finalement ne constituer qu'une profession, recomposée à partir de ses origines et de son succès populaires, puis par transfert et enfin par réunification.

Schémas des professions ayant donné naissance à la kinésithérapie



Tableau 1 : Gains réalisés lors de la guérison par le non-versement de pension militaire

(D'après J. Camus, op. cit. note 44 ; ces chiffres ne tiennent pas compte des blessés améliorés, soit 17% ; coefficient multiplicateur INSEE année 1916 pour actualisation en francs français de 1992 : 11,68)

	Décembre 1915	Février 1916	Total
Militaires guéris	411	642	1053
Gains par tête	7051	7766	7487
Gains totaux	2 898 080	4 986 280	7 884 360

Tableau 2 : Demandes et rejets des équivalences lors de la création du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute

(Source : Direction générale de la santé, cote 81033/140 à 160, 162)

	EFFECTIFS	%
Dossiers déposés	3229	
Autorisations accordées		
pour le massage médical	1547	
pour la gymnastique médicale	245	
pour les deux	709	
Total des demandes acceptées	2501	77,5
Total des demandes rejetées	728	22,5

NOTES

1. L'organisation nationale professionnelle s'appelle : « Colegio de Kinesiologos de Chile ».
2. Dictionnaire Robert, Paris, 1985.
3. Loi n° 46-857 du 30 avril 1946, concernant la création du diplôme de masseur-kinésithérapeute, *J.O.*, 1er mai 1946, p. 3653-4.
4. Sauf en Belgique et au Luxembourg.
5. T. Nogier, *Electrothérapie*, tome « Physiothérapie », préface de Carnot, Paris : Baillièrre et fils (Bibliothèque de Thérapeutique), 1909, p IX.
6. Décret sur la création des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français, (soit générale, soit spécialisée), *J.O.*, 1er juillet 1922, p. 6881 et arrêté du 28 février 1924 sur la reconnaissance administrative des écoles, *J.O.*, 29 février 1924.
7. E. Freidson, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984, p. 58-9.
8. J. Léonard, « Les guérisseurs » (1980), *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris : Sciences en Situation, 1992, p. 63-82.
9. 10 mars 1803.
10. Décret n° 46-857, *ibid.*, p. 3653-4.
11. G. Maupassant, *Mont Oriol*, Paris : Gallimard (Folio), 1976, p. 207.

12. Aucun recensement officiel ni annuaire n'existent pour ces praticiens.
13. J. Zoro, *Images de 150 ans d'EPS*, Paris : Amicale EPS, 1986.
14. F. Amoros, *Observations relatives au gymnase normal militaire et civil, et à la nécessité de le conserver à Paris*, Paris : Crapelet, 1831, p. 165.
15. Ch. Heiser, *Traité de gymnastique raisonnée au point de vue orthopédique, hygiénique et médical*, Paris : Masson, 1854.
16. N. Laisné, *Application de la gymnastique à la guérison de quelques maladies*, Paris : Leclerc, 1865. Il exerça à l'Hôpital des enfants malades et à la Salpêtrière, à Paris.
17. Maladie qui a pour base un dérèglement plus ou moins complet des facultés musculaires et quelques fois morales. Elle prend naissance à la suite de graves indispositions, d'épuisement et plus généralement à la suite de frayeurs.
18. Husson, *Étude sur les hôpitaux*, Paris : Dupont, 1862.
19. Neuens N., (abbé), *Traité de médecine naturelle scientifique*, Tournai : Decallonne-Liagre, 1900, p. 54-5.
20. J. Kuhn, « Du degré isotherme et du degré indifférent des bains ; applications à la physiologie et à la thérapeutique », *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, III (30 mai 1856), p 386-7.
21. M. A. Gubler, *Du rôle de la thérapeutique selon la science*, Paris : Masson, 1876.
22. A. Tartivel, « Bains médicamenteux », rubrique « bains », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, VIII, Paris : Asselin et Masson, 1868, p. 155-251.
23. S. Beau, « Bains de valériane », *Journal médical de chirurgie pratique*, (1862), p. 350.
24. Arrêté de juin 1861, Conseil de surveillance de l'Assistance Publique, à Paris.
25. P. Guilbert, « Rapport au nom de la commission de la famille, de la population et de la santé publique », annexe n° 870, 2^e séance du 4 avril 1946, documents de l'Assemblée nationale constituante, p. 838.
26. J. Lucas-Championnière, « Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, X (1889), p. 641-8.
27. Piorry, « Massage », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, XXXI, *op. cit.*, p. 76.
28. Fretin, « Kinésie postopératoire », *Compte rendus des séances de la Société de kinésithérapie*, 30 mars 1900, Creil : Daix fr., p. 24-7.
29. R. Titus, *Kinésithérapie gynécologique (méthode Brandt), effet dynamogénique (cardio vasculaire) du massage abdominal*, thèse de médecine n° 498, Paris, 1895.
30. M. Pigeon, intervention au congrès international des auxiliaires médicaux et 1er congrès international de massage, 6-9 juillet 1937, Paris, p. 67-9.
31. Préfecture de la Seine, syndicat professionnel, respectivement n° 2637 et 2837.
32. École française d'Orthopédie et de Massage, à Paris.
33. P. Thion, « Les métiers accessibles aux aveugles », *Les aveugles vous parlent*, 7 (1955) p. 3.
34. Lois et décrets, 12s, B 4977, n° 34652, du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont sont victimes dans leur travail, *Bulletin des Lois*, 12 avril 1898, p. 1438-41.
35. G. Maucurier et C. Gilbert, *Guide de rééducation physique en groupe. Méthode de gymnastique rééducative pour les blessés militaires*, Paris : Baillièrre, 1916.
36. P. Rameil, Proposition de loi tendant à l'obligation de rééducation fonctionnelle, *J.O.*, 23 novembre 1915, annexe n° 1474, p. 1297-8 et discussion à la Chambre, 14 avril 1916.
37. Lachaud, « Rapport sur la mécano thérapie », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, LIV. (1915), p. 642-57.
38. « Ordre du jour voté dans le Comité secret », séance du 19 septembre 1916, *Bulletin de l'Académie de médecine*, LXXVI. (1916), p. 210.
39. G. Maucurier, *Guide de rééducation*, *op. cit.* note 35.
40. M. Cololian, « La mécano thérapie de guerre avec les appareils de fortune », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, LXIV. (1915), p. 153-176.
41. M. Cololian, « La mécano thérapie de guerre avec les appareils de fortune », *ibid.*

42. Cette technique nécessite l'utilisation d'élingues, de poulies et de charges.
 43. Lachaud, supra, p. 652.
 44. J. Camus, « Le corps de rééducation physique du Grand Palais », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, LXV. (1916), p. 365-410.
 45. J. Camus, *ibid*, p. 405-6.
 46. Dijonneau, Gourdon, Thibaudeau, « Le rendement professionnel des grands mutilés de guerre », séance du 24 mai 1921, *Bulletin de l'Académie de médecine*, LXXXV, p. 612-4.
 47. Adoption d'une proposition de loi, dite loi Fié, relative au statut légal des infirmières et des infirmiers, Chambre des Députés, 2^e séance, 28 janvier 1937, p. 205.
 48. Loi n° 2, du 15 janvier 1943, relative à l'exercice de la profession de masseur médical, *J.O.*, 11 février 1943, p. 394.
 49. Sous réserve de modifier le programme des études et son contenu en fonction des directives officielles.
 50. Arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles, *J.O.*, 14 décembre 1927, p. 12583-6.
 51. Anonyme, *Paris médical*, LXXII (1916), p. 72.
 52. Témoignage oral de F. Buhour, avril 1993.
 53. Adoption d'une proposition de loi relative au statut légal des infirmières et des infirmiers, art. 9, Chambre des députés, 2^eme séance du 28 janvier 1937, p. 205.
 54. Carnot P., intervention à la séance solennelle de clôture, Congrès international des auxiliaires médicaux et 1er congrès international de massage, 6-9 juillet 1937, Paris, p. 97.
 55. Décret n° 2483, du 13 août 1942, instituant un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale, *J.O.*, 21 août 1942, p. 2872.
 56. *Revue de la Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France*, 19 (novembre 1938), p. 2.
 57. Carnot, intervention à la séance solennelle, *op. cit.* note 54.
 58. Loi n° 46-857, *op. cit.* note 3, p. 3653-4.
 59. *Ibid*, 58.
 60. Direction générale de la santé, cote 810033/140 à 160, 162, 636, 648, 650 et 658.
 61. Un autre exemple illustre cette volonté, pour cette même période, celle de la création du diplôme d'État de pédicurie, loi, n° 46-857, titre II, *op. cit.* note 3.
-

AUTEUR

RÉMI REMONDIÈRE

Doctorant EHES