



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

**GAL Bérengère
NICOLLIN Marie**

LE PROCESSUS DE SPECIALISATION EN ORTHOPHONIE :
De la conception d'une pratique orientée à sa concrétisation

Maître de Mémoire

PERDRIX Renaud

Membres du Jury

GUILHOT Nicolas

LECLERC Caroline

TAIN Laurence

Date de Soutenance

3 juillet 2008

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. COLLET Lionel

Vice-président CEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. LIETO Joseph

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Secrétaire Général
M. GAY Gilles

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange
Blanche
Directeur
Pr. MARTIN Xavier

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. ROBIN Olivier

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. COCHAT Pierre

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. ETIENNE Jérôme

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Pr. MATILLON Yves

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Directeur
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
Pr. FARGE Pierre

1.2. Secteur Sciences :

Centre de Recherche
Astronomique de Lyon -
Observatoire de Lyon
Directeur
M. GUIDERDONI Bruno

I.S.F.A. (Institut de Science Financière
et D'assurances)
Directeur
Pr. AUGROS Jean-Claude

U.F.R. Des Sciences et
Techniques des Activités
Physiques et Sportives
Directeur
Pr. COLLIGNON Claude

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
Pr. CLERC Guy

U.F.R. de Physique
Directeur
Mme FLECK Sonia

U.F.R. de Chimie et Biochimie
Directeur
Pr. PARROT Hélène

U.F.R. de Biologie
Directeur
Pr. PINON Hubert

U.F.R. des Sciences de la Terre
Directeur
Pr. HANTZPERGUE Pierre

I.U.T. A
Directeur
Pr. COULET Christian

I.U.F.M
Directeur
M. BERNARD Régis

I.U.T. B
Directeur
Pr. LAMARTINE Roger

Institut des Sciences et des
Techniques de l'Ingénieur de Lyon
Directeur
Pr. LIETO Joseph

U.F.R. De Mécanique
Directeur
Pr. BEN HADID Hamda

U.F.R. De Mathématiques
Directeur
M. GOLDMAN André

U.F.R. D'informatique
Directeur
Pr. AKKOUCHE Samir

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
PERDRIX Renaud

MORIN Elodie

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie

CLERC Denise

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement

Renaud Perdrix pour son soutien tout au long de ce travail, ses conseils avisés et sa disponibilité à toute heure et en tout lieu,

Laurence Tain, Caroline Leclerc et Renaud Perdrix pour leur encadrement lors des séminaires de sciences sociales et l'éclairage spécifique avec lequel chacun a enrichi nos réflexions lors de ces rencontres,

Agnès Witko pour son efficacité dans l'organisation et l'encadrement de l'ensemble des mémoires d'orthophonie,

Christine Darlin pour sa patience et sa détermination à résoudre nos problèmes de mise en forme du mémoire,

Toutes les orthophonistes qui ont accepté d'être interviewées dans le cadre de notre étude,

Nos maîtres de stage pour leurs conseils,

Les relecteurs de notre mémoire pour leurs remarques pertinentes,

Nos familles pour leur soutien et leur patience durant ces quatre années d'études malgré toutes les variations d'humeur engendrées par une année universitaire...

Gérald et Valentin pour leur présence et leur écoute,

Nos amis et nos colocataires pour nos sacrées soirées !

Toi, moi,

Le café, les biscuits et le chocolat sans qui, avouons-le, nous n'aurions tenu !

Et enfin, merci à Anthropos... !

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	9
I. LA SOCIALISATION PROFESSIONNELLE.....	10
II. LA PROFESSION D'ORTHOPHONISTE.....	17
III. LA SPECIALISATION	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. L'ENTRETIEN DE RECHERCHE	29
II. NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	33
III. ANALYSE	37
PRESENTATION DES RESULTATS	40
I. LA SPECIALISATION DANS LES MOTS.....	41
II. LA SPECIALISATION DANS LES FAITS.....	49
III. ESSAI DE TYPOLOGIE	55
DISCUSSION DES RESULTATS	61
I. VALIDATION DES HYPOTHESES	62
II. CONFRONTATION DES RESULTATS AUX ELEMENTS THEORIQUES.....	63
III. LIMITES, PERSPECTIVES ET APPORTS DE NOTRE RECHERCHE.....	69
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79
ANNEXE I : DECRET DE COMPETENCE DES ORTHOPHONISTES	80
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN	83
ANNEXE III : GRILLE D'ANALYSE	85

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	88
TABLE DES MATIERES	89

INTRODUCTION

Notre mémoire s'inscrit dans le prolongement de la recherche Kalliopé, menée de 2002 à 2005 et dirigée par Laurence Tain, sociologue et démographe. Cette étude de la construction sociale de l'identité professionnelle des orthophonistes a été menée conjointement par des sociologues, des orthophonistes et des étudiants en orthophonie. Les principaux résultats sont regroupés dans un ouvrage intitulé « *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* » (Tain, 2007).

Notre thème de recherche part d'un constat de pratiques spécialisées en orthophonie, effectué lors de nos stages et confirmé dans le livre de Tain (2007). Il nous paraît intéressant d'aborder cette réalité clinique que constitue l'orientation vers des domaines particuliers, constatée mais non reconnue officiellement comme spécialisation. Nous avons choisi de situer notre recherche dans le cadre des sciences sociales afin d'adopter un regard objectivant la réalité.

Tout au long de ce mémoire, nous emploierons les termes « spécialisation » et « spécialisé » pour qualifier toute pratique orthophonique orientée dans un domaine ou une approche. Ces termes sont utilisés afin de faciliter la lecture mais ne renvoient en aucun cas aux spécialités officielles telles qu'elles existent par exemple chez les médecins. Nous restons conscientes que ces termes font l'objet de débats au sein de la profession, et nous les employons en toute connaissance de cause.

Afin de présenter le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre étude, nous présenterons la socialisation professionnelle, puis la profession d'orthophoniste, et enfin nous évoquerons la spécialisation telle qu'elle est abordée dans la littérature. Tous ces éléments nous permettront d'énoncer notre problématique qui est la suivante : comment se déroule le processus de spécialisation des orthophonistes, de sa conception à sa concrétisation ? Pour répondre à cette question, nous mettrons en place une démarche méthodologique adaptée afin de recueillir des résultats que nous analyserons puis discuterons en les confrontant aux données théoriques.

Nous verrons plus particulièrement qu'il existe un véritable décalage entre la spécialisation conçue par les orthophonistes et celle existant dans la pratique clinique d'un certain nombre de professionnels.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. LA SOCIALISATION PROFESSIONNELLE

La socialisation professionnelle correspond au processus de construction de l'identité professionnelle, qui se développe aux niveaux de l'individu et de la profession elle-même.

1. Vers une identité professionnelle individuelle

La socialisation professionnelle d'un individu requiert l'élaboration de représentations sociales, et se conçoit différemment par les approches fonctionnaliste et interactionniste.

1.1. Définition d'une représentation sociale

Toute socialisation professionnelle passe par la construction de représentations propres à chacun. Laplantine (In Jodelet, 1989) définit une représentation comme :

« la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle [...] C'est une interprétation qui s'organise en relation étroite au social et qui devient, pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même » (p. 298).

Il s'agit d'intégrer personnellement ou socialement des notions possédées sur un sujet. Il en résulte la construction d'une réalité commune à un groupe social, qui permet l'adaptation d'un individu à son environnement. Par exemple, un orthophoniste va progressivement construire sa représentation de la relation au patient, en lien avec la réalité et avec la façon dont la profession la conçoit : être dans l'empathie, dans un soin à la fois technique et relationnel...

1.2. Théories de la socialisation professionnelle

1.2.1. Approche fonctionnaliste

Dans le courant fonctionnaliste, la socialisation professionnelle d'un individu est une initiation au noyau central de la profession (Carricaburu & Ménoret, 2004b). Celui-ci

comporte « *identité, valeurs, définition des rôles et intérêts* » (Bucher & Strauss, 1961, p. 68). Ce noyau assure la cohésion et l'homogénéité de la communauté professionnelle. Les enseignants, lors de la formation professionnelle, jouent un rôle dans cette transmission de savoirs théoriques.

1.2.2. Approche interactionniste

Dans le courant interactionniste, la socialisation professionnelle est « *une initiation, au sens ethnologique du terme, à la culture professionnelle [...] et [...] une conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité* » (Hughes, 1955, cité par Dubar, 1991a, p. 139). Le passage de profane à professionnel nécessite une transformation profonde dans la manière de voir le monde.

Hughes présente en 1955 un modèle de la socialisation professionnelle du médecin en quatre étapes (cité par Dubar & Tripier, 1998b). La première correspond à la séparation des mondes de profane et de professionnel car ils comportent des aspects incompatibles. La seconde étape constitue la conversion du regard, c'est le passage à travers le miroir qui engendre un dédoublement de soi car les deux cultures, profane et professionnelle, coexistent et se confrontent sans se neutraliser, formant la troisième étape où l'étudiant apprend à gérer ses identités selon les espaces et les temps. Enfin, la dernière étape est l'identification au rôle professionnel : l'étudiant renonce aux stéréotypes profanes du métier et ajuste sa nouvelle conception de soi aux réalités de la profession en termes de carrière et d'activités quotidiennes. Ce modèle sera revu par Davis (1968) qui modélise en six étapes ce processus chez les infirmières (cité par Carricaburu & Ménoret, 2004a).

Il existe donc différentes conceptions de la socialisation professionnelle, qui ne précisent pas à quels moments de la vie celle-ci se déroule.

1.3. A quels moments a lieu la socialisation professionnelle ?

Selon Déchamp-Leroux, « *le choix professionnel est la première étape du processus de la professionnalisation médicale si l'on considère comme Rogoff (1957) le choix d'un métier comme un premier exemple de comportement professionnel* » (In Aïach & Fassin, 1994, p. 88). La construction de l'identité professionnelle commence avant les études.

La socialisation professionnelle peut s'effectuer principalement dans les premières années d'exercice, lors de l'entrée dans la pratique professionnelle. S'inspirant du modèle

présenté par Hughes en 1955, Lortie (1966, cité par Dubar, 1991a, p. 141) avance que « *le développement d'une " auto-conception professionnelle " intervient après le diplôme durant la période où l'individu intériorise une nouvelle image professionnelle qui devient un aspect très significatif de sa personnalité* ».

Hughes précise que la socialisation professionnelle ne s'arrête peut-être jamais : elle s'affine au fil de la pratique professionnelle, notamment avec les notions de carrière et de trajectoire. Il définit la carrière comme une suite d'alternatives conditionnées par les interactions entre choix individuels et déterminismes de la profession : « *Career is, in fact, a sort of running adjustment between a man and the various facts of life and of his professional world* » (Hughes, 1958c, p. 129). Les « *turning points* » sont des changements qui entraînent vers de nouveaux segments de travail : ces réorientations, reconversions et redéfinitions d'activités tout au long de la vie professionnelle peuvent expliquer la répartition des professionnels dans les divers segments d'une profession (Hughes, 1958a).

2. Construction de l'identité d'une profession

2.1. Définition d'une profession

En 1986, Freidson met en avant l'aspect changeant et flou d'une profession, qu'il présente comme une « *catégorie historique variable* » (cité par Paicheler, 1995, p. 6). La définition d'une profession diffère selon le courant sociologique considéré.

Le courant fonctionnaliste distingue une activité (« *occupation* ») d'une profession. Pour se professionnaliser, une activité doit acquérir diverses caractéristiques, que Wilensky a listées en 1964 : « *être exercée à plein temps ; comporter des règles d'activité ; comprendre une formation et des écoles spécialisées ; posséder des organisations professionnelles ; comporter une protection légale du monopole ; avoir établi un code de déontologie* » (cité par Dubar & Tripier, 1998a, p. 84).

Dans le courant interactionniste, la profession est conçue comme un « *accomplissement de soi* » et peut être pensée selon le double point de vue « *biographie* » et « *interaction* » développé par Hughes en 1958, qui « *implique que toutes les activités de travail soient analysées à la fois comme des processus subjectivement signifiants et comme des relations dynamiques avec les autres* » (cité par Dubar & Tripier, 1998b, p. 89). C'est la confrontation de ces deux points de vue qui permet de définir la profession.

2.2. Rhétorique professionnelle : stratégie de légitimation

Comme le précise Paradeise (1985), la rhétorique professionnelle est une argumentation qui comporte des paradoxes ; elle peut être exposée soit par une activité souhaitant obtenir le statut de profession, soit par une profession établie pour maintenir sa légitimité.

2.2.1. Professionnalisation d'une activité

Selon Paradeise, la professionnalisation, c'est-à-dire le passage du statut d'activité à celui de profession, nécessite la construction d'une compétence spécifique, ce qui fait écho à la théorie développée par Abbott en 1988. Les membres d'une activité élaborent pour cela un travail d'argumentation auprès de la société : ils s'efforcent de montrer que le service fourni répond adéquatement à un besoin de la société et que la réalisation de ce service requiert une compétence technique. Cette rhétorique « *permet d'obtenir l'assentiment de la société toute entière sur les valeurs proposées par les groupements à vocation professionnelle* » et de construire des instances qui éviteront ou limiteront toute argumentation future (Paradeise, 1985, p. 18).

Damien & Tripier se sont intéressés au modèle de l'argumentation professionnelle élaboré par Durkheim en 1912 et avancent que ce modèle est généralisable à différents métiers et professions : chaque rhétorique assure que sa profession est la « *seule dépositaire de compétences techniques* » gardées par la clôture du marché du travail qui limite la concurrence. Seuls les membres de la profession sont aptes à définir les moyens d'acquérir ces compétences et à juger de leur qualité (Damien & Tripier, 1994, p. 246).

Par ailleurs, Hughes développe en 1958 les concepts de « *licence* » et « *mandate* » pour qualifier respectivement le droit et le devoir d'une profession. La licence accorde à une profession le droit de s'occuper de tâches spécifiques : « *Licence, as an attribute of an occupation, is ordinarily thought of as a legal permission to carry on a kind of work* » (Hughes, 1958b, p. 79). Le mandate est la mission d'une profession, c'est-à-dire la fonction spécifique qu'elle doit obligatoirement assurer. Au niveau de la législation, ces deux concepts correspondent respectivement à la nomenclature des actes et au décret de compétence. Paicheler précise que la mise en place d'une véritable nomenclature a deux objectifs principaux : « *aboutir à une représentation formelle unifiée des pratiques* » au sein du groupe professionnel et informer les autres professions de leur position dans la division du travail (1995, p. 8). La nomenclature joue donc un rôle aux niveaux intra- et interprofessionnel.

2.2.2. Division du travail et frontières interprofessionnelles

En 1988, Abbott a étudié la dynamique interne de chaque profession comme préalable à une analyse des rapports interprofessionnels. Il souligne l'importance de la triade « *diagnostic, inférence, traitement* », l'inférence étant la capacité à mettre en adéquation les savoirs théoriques et la pratique de la profession. Celle-ci permet d'acquérir un monopole qui est légitimé par les textes législatifs tels que la nomenclature et le décret de compétence, établissant et modulant les frontières interprofessionnelles. Paicheler (1995) avance que malgré ce jeu de réglementations, il existe un flou au niveau des frontières inter-professionnelles qui correspond à des territoires communs et des empiètements. Ces situations sont conflictuelles car tous les professionnels sont contraints de coordonner leurs actions. D'autre part, à ces conflits s'ajoute l'évolution des besoins de la société auxquels le système de santé ne répond alors plus adéquatement. « *C'est dans cette faille que [peuvent] également se glisser, avec l'assentiment des publics, les " nouvelles médecines ", " médecine douce ", " médecine holiste ", etc., qui [offrent] un exutoire à de nombreux professionnels marginalisés par la concurrence* » (Paradeise, 1985, p. 28).

Ce contexte de crise du système de santé engendre une certaine compétition entre les groupes professionnels qui se manifeste, selon Aïach, Fassin & Saliba, par une nécessité de démontrer son expertise aux autres professions et aux pouvoirs publics ; ils précisent que chaque profession menacée met en place des stratégies de légitimation, notamment en adoptant une inférence plutôt qu'une autre, en fonction du groupe professionnel concurrent dont elle souhaite se distinguer (In Aïach & Fassin, 1994). Perdrix précise que la profession d'orthophoniste est une « *discipline paramédicale, pas une science, et doit puiser dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique* » (In Tain, 2007, p. 152). Ces sources pluridisciplinaires rendent plus difficile l'élaboration d'inférences car elles sont variées. Toutefois, elles permettent d'aboutir à des argumentations très ciblées selon le groupe professionnel adjacent perçu comme menaçant : les neuropsychologues, les phoniatries, les enseignants spécialisés...

Cette modalité de légitimation aboutit à plusieurs types de solutions pouvant être apportées en cas de conflits interprofessionnels : des modifications des textes législatifs ou une ré-articulation du travail. Selon Paicheler, « *la solution de compromis à laquelle les acteurs aboutissent est la séparation formelle claire des territoires professionnels, aussi bien au plan des juridictions qu'à celui des compétences* » (1995, p. 7). Ces remaniements perpétuels des décrets de compétence et de la nomenclature sont le résultat de négociations et de jeux d'influence entre professionnels. Ils correspondent à de

nouvelles attributions « *de pouvoir et d'autonomie* » qui font évoluer la profession. De plus, Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener présentent en 1985 une articulation du travail en trois niveaux, qui permet de délimiter le rôle de chaque professionnel pour réduire les conflits. Cette articulation du travail se base sur des « *standard operating procedures* » qui sont des schémas d'action standardisés différents de la réalité. Il convient donc de les adapter à chaque service de soins, notamment grâce aux stratégies d'articulation généralisées que sont la négociation, la persuasion et la discussion.

Parallèlement à ces conflits, des professionnels se regroupent autour de valeurs, de représentations, d'intérêts communs et constituent des réseaux.

2.3. Les réseaux

2.3.1. Notions générales sur les réseaux

Les réseaux sont des regroupements de professionnels partageant des valeurs et des intérêts, et entretenant des relations aux niveaux professionnel et personnel. Dans le monde du soin, il peut s'agir de relations entre des professionnels de santé, des patients, des associations de patients, des enseignants...

Selon Le Bœuf, l'idée de créer un réseau se base souvent sur des initiatives individuelles, notamment à partir de « *la motivation de créer un nouveau type d'interactions entre professionnels, visant à l'efficacité autour d'objectifs partagés (assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, harmoniser les attitudes thérapeutiques...)* » (1999, p. 44). Le travail en réseau permet de confronter des connaissances, des expériences, et enrichit la pratique des professionnels. C'est pourquoi « *le réseau constitue une sorte de label de qualité, délivré par des pairs dès lors qu'ils acceptent que le postulant en fasse partie* » (Naiditch et al., 2000, p. 16).

Huard & Moatti listent trois types de conditions nécessaires à la mise en place d'un réseau. En premier lieu, des « *conditions techniques* » sont requises : il s'agit de compétences et de connaissances partagées obtenues au cours des formations ou de la pratique. Ensuite s'imposent des « *conditions sociales* » : les personnes doivent avoir plus de bénéfices que de désavantages à intégrer un réseau ; afin de l'évaluer, elles doivent s'informer et négocier avant de s'engager. Enfin, des « *conditions culturelles* » sont à respecter : les différentes parties prenantes doivent partager les mêmes valeurs, afin que s'établissent une confiance et une coopération stable et durable (1995, p. 738). Une fois

créé, un réseau doit être maintenu, notamment grâce à la « *coopération [qui] peut s'avérer la condition de la pérennité du réseau* » selon Ménard (1994, cité par Naiditch et al., 2000, p. 11). Cette coopération se base sur la confiance, qui augmente grâce à l'acquisition d'une notoriété, autrement dit « *par l'expérience de comportements véritablement coopératifs des partenaires* » (Huard & Moatti, 1995, p. 736). D'après ces auteurs, le moment de mise en place du réseau joue un rôle déterminant dans son devenir.

Dans le système de santé, deux grands types de réseaux peuvent se distinguer par leur caractère officiel ou officieux. Les réseaux officiels relèvent d'un cadre formel et sont observés essentiellement dans les institutions hospitalières où le rôle de chaque intervenant est réglementé : cela « *implique des modifications profondes des pratiques et surtout une définition de règles claires pour chacun* » (Soulie, 1995, p. 750). Cependant, il arrive que les professionnels préfèrent, « *quand l'organisation se [fait] trop lourde, leur propre réseau informel de relations comme moyen alternatif pour répondre avec efficience aux attentes des patients et des professionnels* » (Le Bœuf, 1999, p. 43). Dans ce contexte officieux, Cohendet (1997) précise que ces relations « *reposent sur un ensemble de pratiques communes, de savoir tacite, d'habitudes, de routines...* » c'est-à-dire sans engagement (cité par Naiditch et al., 2000, p. 11). En l'absence de cadre institutionnalisé, les réseaux se basent sur d'autres modes de fonctionnement. Les relations personnelles, acquises grâce à « *la proximité* », « *la socialisation* » et « *les expériences communes* », sont les bases de la coopération, qui elle-même sous-tend les réseaux. « *Les acteurs [...] se font confiance parce qu'ils se connaissent à travers leur formation, à travers la proximité géographique, professionnelle, culturelle, etc., et plus généralement à travers des relations personnelles* » (Huard & Moatti, 1995, p. 736). Ces réseaux officieux se distinguent selon les professionnels qui se regroupent : le réseau au sein d'une même profession est appelé « *segment professionnel* » ; le réseau constitué de membres de différentes professions forme un « *monde social* » (Strauss, 1978).

2.3.2. Les segments professionnels

Les segments professionnels sont des réseaux de professionnels appartenant à la même profession. Ils permettent de définir une profession comme une « *agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire* » (Bucher & Strauss, 1961, p. 69). A ce sujet, Bucher & Strauss précisent que :

« chaque segment a, en fait, sa propre définition de ce qui fait “ le centre de sa vie professionnelle ” et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles. Ce qui distingue les segments entre eux, ce ne sont donc pas des définitions officielles, des classifications établies, mais une “ construction commune de situation ” et des croyances partagées sur le “ sens subjectif de l’activité professionnelle ” » (1961, cités par Dubar & Tripier, 1998b, p. 100).

Un segment peut être centré sur un domaine d’intervention, sur une approche... Il peut émerger, se modifier, être plus ou moins reconnu, et disparaître. Le segment interagit avec la carrière des individus et influence leur pratique : ainsi, deux membres de deux segments différents interpréteront différemment le sens de leur mission. Par exemple, en orthophonie, le segment regroupant les professionnels prenant en charge le bégaiement a une vision de la rééducation comme ayant une composante psychologique et relationnelle plus marquée que le segment des orthophonistes rééduquant les déglutitions atypiques, où la prise en charge a essentiellement une composante technique.

2.3.3. Les mondes sociaux

Un monde social est un ensemble de professionnels appartenant à différentes professions et partageant les mêmes valeurs et croyances. Les mondes sociaux sont innombrables : ils varient par leur taille, leur notoriété, leur organisation, leurs frontières... « *Autrement dit, les mondes sociaux sont caractéristiques de n’importe quel domaine particulier* ». Ils peuvent s’entrecroiser et être segmentés en « *micro-mondes* » (Strauss, 1978, p. 272). Par exemple, le monde social de la voix est reconnu et regroupe des orthophonistes, des phoniâtres, des chanteurs... Leclerc montre que les rééducations vocales effectuées par les orthophonistes s’appuient sur un modèle de pratique situé à l’intersection de deux mondes : celui de la médecine et celui des professionnels de la voix (In Tain, 2007).

Après avoir présenté la socialisation professionnelle comme cadre théorique de notre étude, nous allons nous intéresser à la profession d’orthophoniste.

II. LA PROFESSION D’ORTHOPHONISTE

Nous présenterons l’évolution de la profession d’orthophoniste, son système de formation, puis nous préciserons quelques éléments de démographie de la profession.

1. Construction et évolution de la profession

1.1. Historique

Au XVIIIème siècle, l'abbé de l'Épée élabore des méthodes d'éducation pour favoriser l'intégration sociale de l'enfant sourd. En 1829, le Dr. Marc Colombat ouvre l'Institut orthophonique de Paris destiné au traitement du bégaiement et parle pour la première fois d'« orthophonie ». Progressivement, l'orthophonie se développe autour de trois domaines particuliers : le bégaiement, le langage et la neurologie, entre lesquels peu de liens sont établis. Suzanne Borel-Maisonny, grammairienne et phonéticienne, intervient dès 1925 à la demande du Dr. Veau auprès d'enfants opérés de divisions palatines. Ensuite, elle collabore avec des spécialistes de la médecine, de la phoniatrie et de la psychiatrie, au sujet de diverses pathologies touchant la sphère langagière, ce qui contribue progressivement à l'élaboration de l'Orthophonie avec un espace professionnel unifié. La loi du 10 juillet 1964 crée officiellement la profession d'orthophoniste en France, par l'instauration du Certificat de capacité d'orthophoniste (CCO). La construction de cette profession s'inscrit dans un contexte de médicalisation de la société associé au développement de la Sécurité Sociale (Philippe, In Tain, 2007). Ces contextes ont influencé les modifications de la nomenclature et du décret de compétence.

1.2. Décret de compétence et domaines d'intervention

Le décret de compétence fixe la liste des actes pouvant être effectués par les orthophonistes : le premier est paru en 1983 et la dernière révision en 2002 (cf. annexe 1). Les modifications de ce décret surviennent généralement suite à l'évolution des pratiques des professionnels, lors d'élargissements officieux des champs d'intervention.

En 2002, Le Feuvre, avec la collaboration de Gros, Haberer et Voisin, s'est intéressée à l'évolution des pathologies prises en charge par les orthophonistes durant ces trente dernières années (In Tain, 2007). Cette étude révèle une diminution de la prise en charge de certaines pathologies comme la rééducation du jeune enfant présentant un handicap, la division palatine ou l'incompétence vélo-pharyngée, la surdité et la laryngectomie. Cette baisse est surtout due à l'amélioration des techniques médicales et chirurgicales. La prise en charge des pathologies « articulation, parole, langage », « dyslexie, dysorthographe, dysgraphie » et « bégaiement » est restée relativement stable. Enfin, huit pathologies ont connu un développement de leur prise en charge : les dysphasies, la dyscalculie, les

troubles vélo-tubo-tympaniques, les troubles de la déglutition, les troubles liés au vieillissement, les troubles de la voix, les dysarthries, les dysphagies et les aphasies. De plus, Le Feuvre précise que « *l'essor de trois de ces pathologies (troubles vélo-tubo-tympaniques, troubles liés au vieillissement et dysphasies) correspond à leur apparition relativement récente dans les décrets de compétence de l'orthophonie* » (In Tain, 2007, p. 45). Les élargissements successifs du décret influencent la qualité et la proportion des notions théoriques transmises au sujet de chaque pathologie lors des formations.

2. Formation

La formation des orthophonistes débute par une partie initiale universitaire qui peut être complétée par des formations continues effectuées tout au long de la vie professionnelle.

2.1. Formation initiale

En France, la formation initiale des orthophonistes comporte quatre années universitaires. Les conditions d'entrée dans un centre de formation sont le baccalauréat et la réussite au concours d'entrée, qui permet le respect du *numerus clausus* fixé par le gouvernement. Le programme des études est homogénéisé entre les quinze centres de formation. Toutefois, Kling (1995) avance que des différences existeraient « *entre les différents instituts de formation quant au contenu de l'enseignement, à la tonalité générale. Certaines écoles privilégieraient les aspects médicaux, d'autres la dimension pédagogique, et d'autres encore le paradigme psychologique* » (citée par Perdrix, 2003, p. 5). Même si la présentation des connaissances varie sensiblement, le contenu de la formation théorique reste le même dans un souci d'exhaustivité. Quant à la formation pratique, la diversification des stages est conseillée pour acquérir une expérience variée. Cette formation initiale généraliste est sanctionnée par le CCO qui atteste des compétences de l'étudiant à intervenir de façon équivalente dans tous les champs de l'orthophonie.

Toutefois, les universités françaises sont actuellement soumises à la réforme LMD ou « Licence-Master-Doctorat ». Cette réforme vise à restructurer l'ensemble des diplômes universitaires afin de rendre compatibles les cursus de l'enseignement supérieur européen. Dans ce contexte, deux écoles d'orthophonie françaises ont présenté en 2003 un projet de Master professionnel. Toutes les écoles, soutenues par le syndicat majoritaire de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) souhaitent que ces études soient élevées au niveau Master pour tous les étudiants. En avril 2004, le Ministère de la Santé a rendu son rapport d'expertise sur les deux projets de master aux universités concernées :

« A ce stade, le Ministère de la Santé n'accepte de reconnaître le diplôme professionnel d'orthophonie qu'au niveau licence pro : le master subséquent proposé devra alors correspondre à une spécialisation complémentaire, de type "orthophonie experte" ou "orthophonie spécialisée", non obligatoire pour l'exercice du métier d'orthophoniste de base. D'où la précision "orthophonie" qui doit clairement apparaître dans l'intitulé de cette licence, un intitulé distinct devant être réservé au master professionnel subséquent » (pages www.orthophonistes.fr).

Les professionnels et la FNO se sont opposés véhémentement à ce projet, argumentant leurs positions en reprenant les termes « orthophonistes de base / experts », car les spécialités introduiraient une hiérarchie au sein de la profession. Cette réforme est encore en discussion, il n'existe pas de spécialité officielle : les orthophonistes ont tous le même diplôme mais peuvent approfondir certains domaines lors de formations continues.

2.2. Formation continue

Parmi les professionnels libéraux, les orthophonistes sont les plus grands utilisateurs du système de formation continue. L'AFCCO ou Association des formations continues conventionnelles des orthophonistes, propose chaque année des thèmes de formations prioritaires et lance un appel d'offre aux organismes de formation. Ensuite elle accorde un agrément à certaines formations, alors considérées comme Formations continues conventionnelles (FCC) et dont les frais seront pris en charge par la Caisse d'assurance maladie. De plus, l'orthophoniste recevra de la part de l'AFCCO des « *indemnités pour perte de ressources* » et d'autres indemnités accordées par le FIF-PL ou Fonds interprofessionnel de formation des professions libérales. Le montant de toutes ces indemnités est limité et plafonné pour un certain nombre de jours par an et par professionnel. Ces indemnités constituent le droit à la formation professionnelle dont disposent les orthophonistes (pages www.fif-pl.fr et ameli.fr).

3. Démographie

Depuis les pionnières de l'orthophonie, le nombre de professionnels n'a cessé de s'accroître, avec actuellement un taux de croissance démographique de 3,8%. Au 1^{er} janvier 2004, les orthophonistes sont au nombre de 15 357 en activité en France. L'orthophonie est une profession très féminisée puisque 95,7% des professionnels sont

des femmes. En France, on compte en moyenne 26 orthophonistes pour 100 000 habitants, sachant que la majorité des orthophonistes travaille dans une agglomération de 200 000 à 2 000 000 habitants (Siciak-Tataruga, 2005). Ces professionnels se répartissent entre différents modes d'exercice et leur distribution dans la prise en charge des différents domaines de l'orthophonie n'est pas homogène.

3.1. Répartition salariat / libéral

La répartition des orthophonistes selon un mode d'exercice en salariat ou en libéral n'est pas homogène : 12 202 travaillent en libéral (environ 80%) et 3 155 en salariat ; parmi tous ces professionnels, 15,5% travaillent en exercice mixte. On dénombre 1 126 orthophonistes exerçant en salariat dans la fonction publique hospitalière et 2 029 en salariat dans le secteur privé médico-social (Siciak-Tataruga, 2005).

3.2. Répartition selon les domaines

Selon Le Feuvre, le mode d'exercice influence la répartition de la prise en charge des pathologies. Certaines pathologies rares sont plus généralement prises en charge par des orthophonistes salariés dont le mode d'exercice implique souvent la restriction à un domaine d'intervention. En exercice libéral les pathologies rares constituent rarement une « spécialisation » car elles sont très souvent accompagnées de prises en charge de deux grands groupes de pathologies : « *“ articulation, parole, langage ” et “ dyslexie, dysorthographe, dysgraphie ”, [qui] constituent de toute évidence le socle des compétences de la profession, puisque près de 90% des orthophonistes en exercice en 2002 déclarent les prendre en charge* » (In Tain, 2007, p. 46).

Borel-Maisonny propose la diversification du champ d'action de l'orthophonie comme raison de la spécialisation de la pratique : « *Il est difficile de parcourir tout le champ de ce qu'exigent les études d'orthophonie avec un intérêt égal. C'est pourquoi se constituent en fait, comme en médecine, des compétences et des spécialisations* » (1989, p. 13).

III. LA SPECIALISATION

Les spécialités revêtent un caractère officiel et évident chez les médecins, ce qui n'est pas le cas chez les orthophonistes où les spécialisations constatées sont officieuses et ne préfigurent pas un exercice exclusif dans un domaine.

1. Spécialités médicales

La spécialisation fait partie intégrante du système des études de médecine ; elle est officielle, reconnue et attendue : les étudiants savent dès le début de leur cursus qu'ils devront choisir de se spécialiser ou d'être généraliste. Plusieurs facteurs influençant les décisions des étudiants et des professionnels peuvent être évoqués : les habitus, la formation initiale et le « réenchantement professionnel ».

1.1. Habitus

Selon Mucchielli, « *l'habitus est issu des expériences passées, des pratiques individuelles et collectives* » : il s'agit d'un schéma cognitif qui produit les valeurs, les actions et influence les pratiques d'un individu (1991, p. 57). Dans une situation donnée, ce système inconscient sélectionne les informations qui lui conviennent : Durkheim (1904) explique que l'habitus est « *une disposition générale de l'esprit et de la volonté qui fait voir les choses sous un jour déterminé* » (cité par Dubar, 1991b, p. 69). Selon Bourdieu (1974), l'habitus exprime à la fois une position et une trajectoire : il est soit une position, produit de la culture et des expériences vécues dans le contexte social de l'enfance, soit une trajectoire conditionnée par les générations passées et influençant la vie future (cité par Dubar, 1991b). Les habitus interviennent donc très précocement dans le parcours de l'individu et continuent à l'influencer au cours de sa formation professionnelle.

1.2. Influence de la formation initiale

Kendall & Selvin (1957) rapportent qu'au cours des études de médecine, la volonté de spécialisation s'accroît : en première année les étudiants préféreraient l'exercice de la médecine générale à une spécialité, alors que c'est l'inverse en quatrième année. Ce phénomène s'explique par leur méconnaissance de tous les domaines et par leur peur de se décider hâtivement. Leur choix plus tardif de se spécialiser correspond à leur prise de conscience de la complexité et de l'étendue de la médecine. En effet, ils se rendent compte au fil du temps qu'il est difficile d'être compétent dans toutes les sections de la médecine ; ils s'aperçoivent progressivement « *des limitations de leurs connaissances et de leur formation au cours de leur séjour à la Faculté [...] à mesure que se développe cette conscience, un malaise correspondant apparaît à l'idée de faire de la médecine générale* » (In Herzlich, 1970, p. 199).

1.3. « Réenchantement professionnel » et pratiques parallèles

Partant du constat que de nombreux médecins généralistes se sentent perdus dans leur exercice et sont relativement mal reconnus, Bouchayer s'intéresse aux médecins exerçant principalement par des pratiques hétérodoxes (In Aïach & Fassin, 1994). Elle conclut que ces orientations permettent principalement au médecin d'accéder à un statut privilégié et gratifiant tout en s'ajustant à la demande, ce qui constitue un facteur de revalorisation professionnelle important. Ce type de réenchantement peut être employé par des généralistes voulant se distinguer des soins conventionnels pour s'élever dans un contexte professionnel médical hiérarchisé où l'exercice de la spécialité est conçu comme plus gratifiant. Bouchayer décrit différents types d'entrée dans les pratiques hétérodoxes. Il s'agit fréquemment d'une adoption précoce de l'identité de « médecin différent », parfois dès les études via des formations parallèles ou un apprentissage autodidacte puis par des formations continues, mais rarement d'un renouvellement après saturation de longue pratique traditionnelle. Dans ce dernier cas, Laplantine explique que certains médecins estiment « *qu'ils n'arrivent plus à répondre aux demandes tous azimuts qui leur sont adressées à l'aide du strict modèle hospitalo-universitaire dans lequel ils ont été formés* » (1986, p. 274). Ils s'investissent alors dans des médecines parallèles relevant d'autres modèles théoriques comme l'homéopathie, l'acupuncture, les groupes Balint...

Après avoir présenté trois facteurs influençant la spécialisation chez les médecins, il est intéressant de faire l'état des différentes pratiques spécialisées constatées en orthophonie.

2. Constat de pratiques spécialisées en orthophonie

Sanchez, avec la collaboration de Goiran et Martial, assure que « *même si le métier d'orthophoniste ne reconnaît pas de "spécialisation" professionnelle, dans les faits un certain nombre de praticiens orientent leurs pratiques dans un domaine ou un autre selon les formations reçues ou leur centre d'intérêt* » (Tain, 2007, p. 55). Certains orthophonistes choisissent de se spécialiser, mais ces orientations ne sont pas systématiques et homogènes. Ce phénomène concerne davantage les orthophonistes salariés et urbains. En effet, les orthophonistes salariés sont moins polyvalents car ils ont en charge un public bien défini. De plus, la spécialisation est moindre en zone rurale car il y a une grande diversité de patients pour un nombre faible de professionnels.

L'orientation de la pratique orthophonique a fait l'objet de trois mémoires d'orthophonie, précisément dans les domaines de la voix, des logico-mathématiques et du bégaiement.

2.1. Spécialisation dans le domaine de la voix

Leclerc (2003) a étudié l'orientation de certains orthophonistes dans le domaine de la voix, en insistant sur l'identité professionnelle spécifique qui se construit à l'intersection de deux mondes ayant chacun ses propres représentations de la pratique vocale. La spécialisation se fait par l'intégration d'un réseau de médecins prescripteurs, ce qu'évoquent également Bergeras & Tain (2007). De plus, cette orientation spécifique requiert l'acquisition de représentations partagées et la participation à des formations continues qui procurent à l'orthophoniste, par la transmission de valeurs et de savoirs, une autorisation officieuse d'exercer et une reconnaissance par le groupe ainsi constitué.

2.2. Spécialisation dans le domaine des logico-mathématiques

Poncet (2003) s'est intéressée à la légitimation de la prise en charge en orthophonie des troubles des apprentissages, en considérant précisément la formation GEPALM et l'orientation de certains orthophonistes dans la rééducation logico-mathématique. Les formations continues sont des stratégies renforçant la légitimité déjà partiellement établie par la distinction entre orthophonistes et monde de l'école. Selon les professionnels, la spécialisation peut être conçue différemment en termes de définitions et de finalités. Poncet relate l'existence de « *multispécialisations* » qui semblent relativement fréquentes.

2.3. Spécialisation dans le domaine du bégaiement

Ciesielski décrit le processus de spécialisation dans le domaine du bégaiement et parvient à une classification des orthophonistes selon trois degrés d'expertise. Elle précise que les professionnels semi-experts distinguent les termes « spécialiste » et « spécialisé » : ils se considèrent « *plus spécialistes que d'autres mais pas spécialisés* » (Ciesielski, 2007, p. 61). Cette spécialisation correspond à l'articulation de quatre éléments prépondérants : une modification progressive des représentations du bégaiement, une intégration au groupe de rééducateurs du bégaiement par des pratiques vocale, musicale ou corporelle personnelles, une légitimité obtenue par les formations continues et par les compétences spécifiques relationnelles, et enfin deux marqueurs d'expertise qui sont l'appartenance au réseau professionnel et la mise en œuvre fréquente d'accompagnement parental.

Exemples de spécialisation dans trois domaines particuliers, ces mémoires mettent en exergue des éléments pouvant influencer le processus de spécialisation en orthophonie, sans évoquer de processus commun à tous les orthophonistes orientant leur pratique.

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

La socialisation professionnelle, passage d'un statut de profane à un statut de professionnel, permet à un individu de construire sa propre identité professionnelle en adhérant aux valeurs et aux représentations partagées par le groupe professionnel qu'il intègre. La socialisation professionnelle concerne également la profession elle-même, qui est organisée en réseaux intra- ou interprofessionnels, lesquels constituent respectivement des segments professionnels et des mondes sociaux. Les frontières professionnelles font l'objet de conflits face auxquels les orthophonistes mettent en place des stratégies de légitimation de leur intervention, notamment grâce à la rhétorique professionnelle. En ce qui concerne la profession d'orthophoniste, tous les orthophonistes détiennent le même diplôme, acquis à l'issue de leur formation initiale généraliste qu'ils peuvent compléter par des formations continues. L'officialisation de spécialisations en orthophonie, proposée par le gouvernement, fait actuellement l'objet de débats au sein de la profession. Aucune spécialité officielle n'est reconnue mais des pratiques spécialisées sont constatées dans la réalité clinique de certains orthophonistes. Dans le cas des spécialités médicales officielles, plusieurs facteurs sont évoqués comme influençant le choix de se spécialiser : il s'agit notamment de la formation initiale, des habitus et des réenchancements professionnels. Dans le cas de l'orthophonie, trois mémoires d'orthophonie soutenus à Lyon mettent en avant des facteurs spécifiques aux spécialisations dans les domaines de la voix, des logico-mathématiques et du bégaiement. Toutefois, ils ne dégagent pas de facteurs communs pouvant correspondre à toute orientation de la pratique orthophonique. Toutes ces considérations nous conduisent à énoncer la problématique suivante :

Comment se déroule le processus de spécialisation des orthophonistes, de sa conception à sa concrétisation ?

Cette problématique engendre plusieurs questionnements auxquels nous allons tenter de répondre :

- Quelle conception les orthophonistes ont-ils de la spécialisation ?
- Quels déterminismes amènent les orthophonistes à construire ou à réaménager une identité professionnelle fondée sur une pratique spécialisée ?
- Comment réalisent-ils leur spécialisation ?
- Est-il possible de dégager des types de processus de spécialisation ?

En réponse à ces différentes questions, nous émettons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'absence de cadre officiel entraîne l'élaboration par les orthophonistes de différentes conceptions de la spécialisation.

Hypothèse 2 : Différents facteurs biographiques participent à la construction ou au réaménagement de l'identité professionnelle des orthophonistes vers une pratique spécialisée : les habitus, la formation initiale, l'exercice professionnel et la formation continue.

Hypothèse 3 : La concrétisation de la spécialisation s'effectue principalement par le biais des réseaux, dont l'intégration joue un rôle fondamental pour tous les orthophonistes spécialisés.

Hypothèse 4 : Deux grands types de processus de spécialisation émergent : le type « savoir » et le type « expérience ». Ils se distinguent par les différents facteurs biographiques intervenant, par le type de spécialisation, par la conception de la spécialisation qu'ils ont et la façon dont ils la légitiment.

Chapitre III
PARTIE EXPERIMENTALE

Dans le cadre des sciences sociales, la recherche peut s'effectuer par le biais de méthodes quantitatives ou qualitatives. Les méthodes quantitatives ont pour but la présentation de résultats soutenus par des données statistiques. Le questionnaire est un exemple de méthode quantitative qui convient davantage à l'explication des conduites qu'à la véritable compréhension du processus qui a amené à cette conduite.

Les méthodes qualitatives quant à elles permettent d'étudier les faits humains sans visée statistique et reposent sur la présence humaine, l'empathie, l'intelligence inductive et généralisante de l'homme. Il existe plusieurs types de recueil de données qualitatives qui se distinguent par le lien entre le chercheur, l'instrument de recherche et l'objet étudié : l'introspection, l'observation participante, les techniques de groupe, les techniques projectives, la description phénoménologique, les entretiens et interviews (Mucchielli, 1991, p. 22). Nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'entretien de recherche. Nous présenterons cette méthode afin de situer le cadre général de recherche dans lequel s'inscrit notre démarche méthodologique que nous détaillerons dans un deuxième temps.

I. L'ENTRETIEN DE RECHERCHE

1. Pourquoi l'entretien ?

Afin d'étudier les déterminismes et processus de spécialisation de la pratique orthophonique, nous avons choisi d'utiliser la technique de l'entretien biographique qui convient particulièrement car selon Benney & Hughes (1956), elle permet de

« resituer une activité professionnelle dans une dynamique temporelle, dans une vie de travail qui inclut l'entrée dans le métier ou l'emploi, le déroulement de l'activité, les bifurcations, les anticipations, les réussites et les échecs. Nul mieux que la personne concernée ne peut le faire, notamment lors d'un entretien biographique » (cités par Dubar & Tripier, 1998b, p. 89).

Dans le cadre précis de notre recherche, nous ne cherchons pas à lister les facteurs déterminants de la spécialisation mais à étudier les processus conduisant à l'orientation de la pratique orthophonique dans certains domaines.

« L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider a priori du système de

cohérence interne des informations recherchées. [...] Quant aux résultats visés, l'enquête par entretien ne peut prendre en charge les questions causales, les "pourquoi", mais fait apparaître les processus et les "comment". [...] L'entretien révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement. [...] l'entretien déroule le cours des choses, propose les éléments contenus dans les phénomènes étudiés, leurs composants et non pas leur contenant, ni leur enveloppe ; les rationalités propres aux acteurs, celles à partir desquelles ils se meuvent dans un espace social, et non pas ce qui les détermine à se mouvoir dans cet espace social » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 37).

De plus, la spécificité principale de l'entretien est de faire produire un discours dans un contexte naturel : selon Raymond (1984) il constitue une véritable rencontre, un échange entre interviewer et interviewé, c'est en cela qu'il s'oppose au questionnaire qui est « *un simple prélèvement d'information* » (cité par Blanchet & Gotman, 1992, p. 15). En effet, l'entretien semi-directif ne consiste pas en une série de questions précises mais correspond à une liste de thèmes que l'on veut voir abordés sans ordre prédéfini.

L'entretien est l'outil privilégié de l'étude qualitative et exploratoire, permettant à l'interviewé d'exposer spontanément et librement son parcours sans être jugé par l'interviewer. En effet, « *l'entretien de recherche est un dispositif d'enquête susceptible de lever certaines résistances d'un interlocuteur ; c'est un mode d'accès efficace aux représentations et opinions individuelles* » (Blanchet, 1997, p. 11).

2. L'entretien dans une perspective interactionniste

2.1. Comportement de l'interviewer

Une méthode qualitative repose sur des qualités humaines et exige que l'interviewer adopte un comportement précis : il doit faire preuve « *d'implication contrôlée* » (Mucchielli, 1991, p. 36). Il s'agit d'être à la fois empathique, c'est-à-dire comprendre les émotions de l'interlocuteur sans pour autant les éprouver réellement, et capable de prendre du recul afin d'objectiver la réalité et de pouvoir rebondir sur les propos de l'interviewé. L'interviewer doit réagir de façon appropriée au contenu et respecter la situation de communication en choisissant les types d'intervention adaptés.

2.2. Différents types d'intervention

Lors d'un entretien mené dans une perspective interactionniste, les interventions de l'interviewer ne doivent avoir « *qu'un effet de stimulation du discours de l'interviewé* », c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas influencer sa réponse (Blanchet et al., 1985, p. 85). D'après Blanchet & Gotman (1992), trois stratégies d'intervention sont à la disposition de l'interviewer afin de donner une structure cohérente et de la fluidité au discours :

- la contradiction : l'interviewer avance un propos opposé à celui de son interlocuteur pour l'inciter à construire une argumentation. Ce type d'intervention modifie le statut de l'enquêteur en lui ôtant sa neutralité, car il constitue de fait une prise de position sur le thème de la recherche.
- la consigne : c'est une demande qui introduit un thème nouveau dans l'entretien. La consigne inaugurale définit le cadre thématique de l'entretien tandis que les autres consignes amènent à développer des sous-thèmes afin de structurer le discours de l'interviewé.
- la relance : elle est typique de l'entretien de recherche car « *elle donne à l'interviewé la possibilité de rétroagir sur son propre discours, elle amène soit à développer le fragment de discours mis en question indirectement par la relance, soit à expliciter davantage sa pensée...* » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 79).

Six types de relances peuvent être utilisés alternativement, selon l'action spécifique que l'interviewer veut produire sur le discours de l'enquêté. Suivant l'acte de langage accompli par l'interviewer, on distingue les réitérations, les déclarations et les interrogations, qui se déclinent chacune en deux variantes selon l'instance discursive visée : référentielle ou modale. Une relance dans le registre référentiel est un propos objectif qui fait référence à l'objet de recherche alors qu'une relance dans le registre modal reprend le point de vue de l'interviewé sur le thème investigué.

- les réitérations : l'interviewer reformule ou répète les propos de son interlocuteur. La réitération est appelée « *écho* » dans le registre référentiel, et « *reflet* » dans un registre modal où elle comporte la répétition associée à un terme qui exprime une prise de position.
- les déclarations : l'interviewer exprime son opinion vis-à-vis du discours de l'enquêté. La déclaration est appelée « *complémentation* » dans le registre référentiel : il peut s'agir d'une anticipation, d'une déduction ou d'une inférence

visant à poursuivre le discours de l'interlocuteur. Dans le registre modal, la déclaration est nommée « *interprétation* » car elle propose une explicitation des ressentis de l'enquêté.

- les interrogations : l'interviewer questionne son interlocuteur ; dans le registre référentiel il demande un complément d'information tandis que dans le registre modal il cherche à connaître son avis (Blanchet & Gotman, 1992).

3. Grille d'entretien

La grille d'entretien est un support qui permet de guider l'interview. Il ne s'agit pas d'une liste de questions formulées mais d'un ensemble de thèmes que l'on veut voir abordés par l'interviewé sans ordre prédéfini. L'interviewer détermine au préalable les thèmes qui lui paraissent pertinents afin de répondre aux questions de la recherche, puis il pourra les modifier à l'issue des entretiens exploratoires.

« Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 62).

Dans notre étude, nous avons élaboré notre guide à partir de la grille d'entretien employée dans le cadre de la recherche Kalliopé, en développant plus particulièrement les thèmes de conception et d'orientation de la pratique à chaque moment de la vie professionnelle et personnelle. Nous avons insisté précisément sur l'impact des formations initiale et continue, ainsi que sur l'appartenance à des réseaux de professionnels (cf. annexe 2).

4. Critères de validité

L'entretien est une méthode qualitative et exploratoire ; pour être valable, il doit répondre aux cinq critères suivants qui déterminent un cadre de recherche :

- l'acceptation interne : l'interviewé doit accepter le thème, la présence du chercheur qui se doit d'être neutre et de mettre en confiance, ainsi que le retour d'analyse. En effet « *ce sont ces gens-là qui détiennent leur réalité. Ils n'en sont*

pas forcément conscients mais une bonne restitution, une bonne explication doit pouvoir leur faire prendre conscience de l'ensemble des phénomènes dans lesquels ils sont » (Mucchielli, 1991, p. 113).

- la complétude : il s'agit de présenter les résultats de manière complète et cohérente pour permettre une compréhension globale du phénomène.
- la saturation : elle est atteinte quand nous ne recueillons plus de nouvelles données sur le terrain, toutes les éventualités ont été rencontrées.
- la cohérence interne : tous les éléments recueillis permettent d'aboutir à un raisonnement logique et cohérent.
- l'acceptation externe : les résultats de l'analyse sont acceptés par les experts et les autres membres de la population étudiée (Mucchielli, 1991).

L'entretien de recherche est l'outil le plus adapté pour notre étude. Suite à ce choix méthodologique, nous avons élaboré notre propre démarche méthodologique.

II. NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Sélection des interviewés

1.1. Orthophonistes retenus pour les entretiens

- orthophonistes considérés comme « spécialisés » par au moins un autre professionnel
- orthophonistes exerçant actuellement uniquement en libéral, mais ayant pu avoir un exercice mixte ou salarié auparavant car le salariat implique souvent une spécialisation de fait, imposée par le type de patients accueillis dans l'institution
- aucun critère d'âge, aucun critère de sexe, aucun critère de lieu d'exercice (ville/campagne)

1.2. Orthophonistes écartés des entretiens

- orthophonistes enseignant à l'école d'orthophonie
- orthophonistes ayant été nos maîtres de stage

Le premier critère s'explique par le fait que d'une part, ces personnes ont une certaine notoriété pouvant les inciter à garder un discours neutre et coïncidant avec celui de l'école, et d'autre part elles sont facilement identifiables à partir des corpus des entretiens. Le second critère vise à limiter le biais méthodologique constitué par une trop grande proximité relationnelle existant entre un maître de stage et son stagiaire. Cette complicité peut induire une grande part d'implicite dans les échanges ; dans ce cas, les idées non mises en mots ne peuvent pas être exploitées dans une étude.

1.3. Recherche de la population

Il existe deux modalités d'accès aux personnes pouvant constituer la population : les modes d'accès directs et les modes d'accès indirects.

Le mode d'accès direct se fait principalement par l'utilisation de fichiers, comme par exemple une liste électorale, une liste d'abonnés à un service... Dans notre recherche, cette modalité n'a pas pu être mise en œuvre compte tenu du fait qu'il n'existe pas de répertoire officiel des orthophonistes ayant une pratique spécialisée. Même si des listes d'orthophonistes sont proposées par des associations de patients, ou par certains organisateurs de formations continues, nous n'avons pas souhaité passer par ce biais. Nous avons donc eu recours à deux méthodes appartenant aux modes d'accès indirects :

- Les informateurs-relais :

« sont des personnes que l'on sait intégrées au cœur de réseaux sociaux plus vastes [...] Ces informateurs-relais sont suffisamment au contact de leur population pour pouvoir ménager une introduction, mais en même temps assez distants pour que les répondants ne soient pas placés dans un rapport d'obligation. Le biais réside alors dans les critères de notoriété sur lesquels les informateurs-relais s'appuient pour désigner les interviewés » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 54).

Dans le cadre de notre recherche, les informateurs-relais sont des enseignants de l'école d'orthophonie auxquels nous avons demandé de citer des orthophonistes connus comme étant « spécialisés ». Nous avons aussi interrogé des étudiants ayant réalisé un stage chez un orthophoniste présentant une pratique spécialisée.

- La méthode de proche en proche : elle consiste à interroger chaque interviewé afin qu'il désigne d'autres professionnels qui, selon lui, peuvent être intégrés à notre recherche.

2. Le contrat

Nous avons contacté par téléphone les professionnels recommandés par les informateurs-relais ou les interviewés. Lors de la prise de rendez-vous des premiers entretiens, nous n'avons pas souhaité dévoiler précisément l'objet de notre recherche, à savoir le processus de spécialisation en orthophonie. Nous pensions que cela pourrait orienter les propos de l'interviewé qui aurait alors pu préparer son discours, notamment pour argumenter sa position concernant l'officialisation des spécialisations, actuellement objet de débats au sein de la profession. Nous avons donc expliqué aux premiers interviewés que nous souhaitions explorer les diverses pratiques existant en orthophonie. Au fil des entretiens, nous nous sommes aperçues que les orthophonistes présentaient une certaine retenue face à l'objectif de notre recherche qui n'était pas précisément explicité, et qu'ils argumentaient davantage leur parcours lorsque nous dévoilions le thème à la fin de la conversation. De plus, lors du premier contact par téléphone, plusieurs professionnels ont souhaité connaître la finalité de cet entretien avant d'accepter de nous rencontrer. C'est pourquoi, nous avons ensuite expliqué dès le premier contact téléphonique que nous travaillions sur l'orientation de la pratique dans certains domaines. Après avoir précisé aux professionnels que notre démarche méthodologique consistait en un entretien d'une durée d'une heure environ, nous leur avons demandé s'ils étaient intéressés et prêts à nous accorder du temps pour participer à cette recherche.

Le jour de la rencontre des interviewés, avant de commencer l'entretien, nous avons rappelé l'objet de notre recherche et garanti l'anonymat de leur participation.

3. Déroulement de nos entretiens

Nous avons rencontré la majorité de nos interviewés sur leur lieu de travail, c'est-à-dire dans leur cabinet, à l'exception de deux orthophonistes pour lesquelles nous avons réalisé l'entretien hors du cabinet : pour l'une au domicile de l'interviewée (Madame Louise) et pour l'autre au domicile d'un interviewer (Madame Hélène), ceci pour des raisons de disponibilité. Dans la mesure du possible nous nous sommes rendues sur le lieu d'exercice des personnes interviewées. En effet, la rencontre sur le lieu de travail permet une communication détendue tout en restant dans un cadre de travail, ce qui favorise

l'évocation des intentions professionnelles de l'interviewé (Blanchet & Gotman, 1992). En revanche, ce lieu a pour principal inconvénient de laisser moins de place à l'évocation des aspects personnels, notamment ceux ayant pu jouer un rôle dans le processus de spécialisation.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure : de 40 minutes à une heure et demie, selon la disponibilité des interviewés et le besoin qu'ils avaient de développer leurs propos.

Nous avons mené les entretiens à deux interviewers, en veillant à ce que les échanges restent naturels et que l'interaction inclue les trois personnes présentes.

Après avoir demandé à l'interviewé son accord pour l'enregistrement de l'entretien et assuré que les transcriptions seraient anonymées, nous avons débuté chaque interview par la même consigne inaugurale : « Pourriez-vous nous parler de votre parcours, s'il vous plaît ? ».

4. Nos interviewées

Tout au long de notre recherche, nous avons tenté de trouver des professionnels constituant une population diversifiée en termes d'orientation dans un domaine ou une approche, mais sans prétention d'exhaustivité.

Nous avons ainsi rencontré au total quatorze orthophonistes femmes, présentant une ou plusieurs spécialisations de leur pratique. Etant donné que nous avons assuré l'anonymat à nos interviewées, nous avons modifié leurs noms ainsi que les noms propres figurant dans les corpus, afin qu'elles ne soient pas reconnaissables.

Nos quatorze interviewées sont :

- Madame Armelle : spécialisée dans la méthode Padovan
- Madame Léonie : spécialisée dans le domaine des logico-mathématiques
- Madame Alberte : spécialisée dans le domaine de la voix
- Madame Denise : spécialisée dans le domaine de la surdité
- Madame Rolande : spécialisée dans une conception personnelle de la pratique qu'elle considère « à la croisée des chemins »
- Madame Gisèle : spécialisée dans le domaine du bégaiement

- Madame Emilie : spécialisée dans le domaine de la neurologie et dans le domaine du langage écrit
- Madame Augustine : spécialisée dans le domaine des pathologies génétiques
- Madame Clarisse : spécialisée dans le domaine de la neurologie et dans le domaine des logico-mathématiques
- Madame Sabine : spécialisée dans le domaine de l'autisme et dans le domaine de la dysphasie
- Madame Christiane : spécialisée dans le domaine des troubles des apprentissages qu'elle conçoit selon une approche neuropsychologique
- Madame Monique : spécialisée dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et dans la méthode Padovan
- Madame Louise : spécialisée dans le domaine du bégaiement et dans le domaine de la voix
- Madame Hélène : spécialisée dans l'approche de la gestion mentale

Ces quatorze entretiens enregistrés ont fait l'objet de transcriptions rigoureuses et fiables, lesquelles ont constitué le matériel de base de nos analyses.

III. ANALYSE

L'entretien de recherche est une méthode qualitative de recueil de données, lesquelles peuvent être analysées de manière qualitative ou quantitative. Il existe différentes méthodes d'analyse qualitative qui ne s'opposent pas mais au contraire se complètent afin d'appréhender au mieux les logiques expliquant les conduites des individus.

Nous avons employé en parallèle deux méthodes complémentaires : nous avons procédé à une analyse thématique ainsi qu'à une analyse entretien par entretien des transcriptions.

1. Analyse thématique

Après une première lecture des entretiens et en fonction des hypothèses de départ, se dégagent des thèmes principaux qui constituent la base de la grille d'analyse thématique. Cette dernière est à distinguer du guide d'entretien qui est un outil exploratoire. En effet la grille d'analyse ne comporte pas les mêmes thèmes, elle est un outil explicatif qui aide à la déconstruction du corpus (cf. annexe 3).

Ensuite, il s'agit de découper chaque entretien en fonction de ces thèmes et au besoin de créer des sous-thèmes, de sorte qu'à la fin on ait, pour chaque thème, tous les fragments de discours qui s'y réfèrent. Ainsi, le discours des interviewés perd sa singularité au profit de la reconstruction d'une « *cohérence thématique inter-entretiens* » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 96).

La grille d'analyse thématique finalisée peut être présentée sous la forme d'un tableau à double entrée, reliant les entretiens et les thèmes. Ainsi nous pouvons effectuer une double lecture de cette grille : la lecture horizontale permet de voir dans quels entretiens et par quels énoncés est abordé un même thème ; la lecture verticale permet d'appréhender le discours d'un interviewé à propos de chacun de ces thèmes.

Cette lecture nous permet de dégager les thèmes les plus prégnants dans le processus de spécialisation des orthophonistes, afin de regrouper les interviewés qui partagent le même discours, les mêmes comportements ou les mêmes représentations face à un thème donné.

Cette analyse thématique est à compléter par une analyse entretien par entretien.

2. Analyse entretien par entretien

L'analyse entretien par entretien vise à dégager une trajectoire afin de repérer une logique dans l'évolution du comportement et des représentations d'un même individu. Pour ce faire, nous procédons à une analyse spécifique de chaque entretien en essayant de pointer les éléments importants du parcours exposé. L'objectif de cette analyse est de réaliser une synthèse du récit de chaque interviewé : il s'agit d'un « portrait » qui met en exergue les points-clés de la trajectoire du professionnel et révèle son positionnement face au processus de spécialisation vécu. Grâce à cette méthode, nous avons rédigé deux portraits, celui de Madame Armelle et celui de Madame Denise, qui nous semblent les plus pertinents pour illustrer la typologie que nous avons construite.

3. Vers une typologie

Comme le souligne Schnapper (1999), les méthodes d'analyse qui portent uniquement sur la cohérence interne du discours, comme par exemple l'analyse entretien par entretien, ne sont pas fécondes. En conséquence, nous avons associé l'analyse entretien par entretien et l'analyse thématique, afin de croiser des données horizontales et verticales.

Nous avons ainsi pu élaborer des idéal-types qui correspondent à des portraits fictifs ; ce sont des trajectoires irréelles recrées à partir du regroupement des portraits réels. La confrontation de ces idéal-types aboutit à la construction d'une typologie. Weber précise que l'idéal-type n'est pas un but en soi mais un outil permettant de comprendre la réalité (1992, cité par Schnapper, 1999). En effet, l'analyse typologique a pour objectif de mettre en évidence les logiques sociales qui expliquent les discours et les comportements constatés à l'échelle individuelle.

La construction d'une typologie par la méthode idéaltypique nécessite une confrontation entre théorie et données recueillies sur le terrain. Cette démarche doit éviter deux écueils : elle ne doit pas être trop générale, macrosociologique ou abstraite, mais elle ne doit pas non plus être trop proche des données empiriques, auquel cas elle risquerait d'être une description (Schnapper, 1999).

Nous allons maintenant présenter les résultats obtenus par le biais de cette démarche méthodologique.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

Dans un premier temps, nous aborderons la façon dont le concept de spécialisation est élaboré par les orthophonistes, puis nous étudierons comment s'effectue la spécialisation dans la pratique. Enfin, nous tenterons de mettre en résonance sa conception et sa concrétisation dans une typologie décrivant deux profils de spécialisation en orthophonie.

I. LA SPECIALISATION DANS LES MOTS

1. Un concept difficile à élaborer

La spécialisation en orthophonie ne relève d'aucun cadre officiel ; il n'en existe ainsi aucune définition précise et arrêtée. En conséquence, chaque orthophoniste élabore sa propre conception de la spécialisation, c'est-à-dire qu'il effectue un véritable travail de construction, long et minutieux, afin de créer progressivement ses propres représentations de la spécialisation. Ce processus personnel d'élaboration engendre, chez nos interviewées, l'emploi de différents termes pour qualifier leurs pratiques orientées.

1.1. Propositions d'alternatives au terme « spécialisé »

Tout au long de nos entretiens, la plupart des orthophonistes évitent le terme « spécialisé », qu'elles jugent souvent inapproprié à leur situation et à leur profession parce qu'il leur semble trop radical et évoque les spécialisations officielles des médecins. De plus, certaines interviewées comme Madame Emilie jugent « *trop prétentieux de dire qu'on est spécialiste dans un truc!* » et proposent de nombreux synonymes ou périphrases en alternative au terme « spécialisé ». Ainsi, Madame Christiane explique qu'elle a « *des champs d'intérêts* ». Madame Emilie évoque quant à elle « *des spécificités* », « *des domaines où [elle est] très à l'aise* », un « *intérêt vif* » pour un domaine qu'elle est « *plus prédisposée à* » prendre en charge... Face à notre emploi du terme « spécialisé », elle précise que certaines orthophonistes sont « *un petit peu "spécialisées" si c'est le mot que vous aimez, ou alors simplement [...] ont une attirance, un centre d'intérêt plus prononcé pour certaines choses* ».

1.2. Etre considéré / se considérer spécialisé ou non

Face à l'évitement fréquent du terme « spécialisé », nous avons cherché à savoir si nos interviewées se considéraient spécialisées ou non. Notre principal critère de sélection des orthophonistes étant qu'au moins un autre professionnel leur attribue ce titre, nous avons

parfois pu mettre en évidence des discordances entre le statut que l'orthophoniste s'accorde et celui attribué par l'autre professionnel. C'est le cas de Mesdames Emilie, Clarisse, Christiane et Monique, qui considèrent qu'elles ne sont pas en droit de prétendre au titre de « spécialisé » même si d'autres professionnels leur attribuent ce qualificatif. Les dix autres interviewées se considèrent spécialisées, il y a donc une correspondance entre les représentations qu'elles ont de leur propre pratique, l'image qu'elles veulent laisser paraître et la réputation qu'elles ont auprès des autres professionnels.

1.3. Différentes modalités de spécialisation

Au fil des entretiens, d'autres subtilités émergent dans la conception de la spécialisation, notamment par l'objectivation de deux grandes modalités de spécialisation : par domaines ou par approches. Le type de spécialisation le plus fréquemment évoqué est la spécialisation dans un ou plusieurs domaines, en référence aux grands champs d'intervention de l'orthophonie (surdité, neurologie, voix, langage oral, langage écrit, logico-mathématiques, handicap...) définis dans le décret de compétence des orthophonistes et distingués lors de la formation initiale. De plus, l'utilisation du terme « spécialisation » renvoie à la profession médicale qui est elle-même organisée en spécialités officielles correspondant à des domaines de pathologies. Les interviewées dites spécialisées dans un ou plusieurs domaines sont Mesdames Léonie, Alberte, Denise, Emilie, Augustine, Clarisse, Sabine et Louise. Le second type de spécialisation correspond à l'inscription du professionnel dans une approche qui conditionne sa pratique. Ce cadre théorique oriente la conception qu'a l'orthophoniste de la pathologie, des modalités de prise en charge et de sa relation au patient. Ce type de spécialisation concerne plus précisément Mesdames Armelle et Rolande. Toutefois, il est intéressant de relever qu'une des interviewées présente une spécialisation mixte, c'est-à-dire associant les deux types de spécialisation. Il s'agit de Madame Monique qui est spécialisée d'une part dans un domaine d'intervention par la prise en charge de personnes atteintes de la maladie de Parkinson, d'autre part dans la méthode Padovan qu'elle applique essentiellement à des enfants Infirmes moteurs cérébraux.

1.4. Discordances

En ce qui concerne les modalités de spécialisation, pour trois des interviewées il existe des discordances entre celle qu'elles s'attribuent et, soit celle pour laquelle nous avons été orientées vers ces personnes, soit celle que nous percevons tout au long de l'entretien.

Ainsi, Madame Hélène, qui nous a été présentée comme spécialisée dans l'approche de la gestion mentale, précise qu'elle est spécialisée dans la prise en charge des troubles des apprentissages. Madame Gisèle, quant à elle, considère qu'elle est spécialisée dans le domaine du bégaiement, comme nous l'avait dit notre informateur-relai, et nous remarquons au fil de la discussion qu'elle emploie préférentiellement l'approche de Le Huche, en l'adaptant à la majorité des pathologies qu'elle prend en charge. Enfin, Madame Christiane, qui ne se considère pas spécialisée, nous a été indiquée comme étant spécialisée dans la prise en charge des troubles du langage écrit, et nous constatons tout au long de l'entretien que sa pratique est imprégnée de l'approche neuropsychologique.

Ces différentes discordances démontrent que la conception de la spécialisation fluctue selon les professionnels. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé à chacune de nos interviewées de nous expliquer ce que signifie « être spécialisé » selon elle.

2. Tentatives de définition de la spécialisation

Les interviewées exposent des arguments variés qui peuvent constituer une définition de la spécialisation. Aucun n'est exclusif d'un autre : un orthophoniste peut associer plusieurs arguments de nature différente pour livrer sa propre définition. Ces arguments peuvent être regroupés en quatre types selon qu'ils correspondent à une définition de la spécialisation par l'expérience, les savoirs, les réseaux, ou encore les acquis antérieurs.

2.1. Définition de la spécialisation par l'expérience

Un des principaux arguments avancés pour définir la spécialisation est celui d'avoir une majorité de patients dans son domaine d'élection. Il permet à Madame Léonie de dire qu'elle est spécialisée : « *parce que je ne fais que ça surtout, et qu'une bonne majorité de patients que je suis ont un trouble du raisonnement logique* ». Madame Christiane précise que pour elle, « *spécialisé ça veut dire qu'une seule pathologie* », c'est-à-dire suivre exclusivement des patients ayant des troubles relevant du même domaine d'intervention.

L'expérience dans un domaine ou une approche provient de la récurrence des situations avec les patients ; elle permet à l'orthophoniste de faire des analogies et ainsi d'avoir une analyse et un regard plus adaptés. Madame Emilie avance cet argument : « *c'est une finesse de filtre, voilà c'est ça, quand vous êtes spécialisé dans un domaine, vous voyez plus finement les choses qu'un œil non exercé* ».

Avoir de l'expérience peut aller jusqu'à exceller et être le meilleur dans un domaine ou une approche. Pour Madame Christiane, être spécialisé « *veut dire exceller dans un domaine en particulier parce qu'on ne fait que ça donc on voit tous les versants du domaine* ». Madame Clarisse évoque ainsi le fait que d'autres orthophonistes méritent davantage le terme de spécialisé car ils sont plus compétents dans ce domaine : « *non, je ne suis pas spécialisée, il y a bien meilleur que moi* ».

Au fil de la pratique, l'élimination de domaines que le professionnel juge moins attrayants peut constituer un élément de définition de la spécialisation. Madame Monique est spécialisée dans la prise en charge de patients atteints de la maladie de Parkinson et dans la méthode Padovan, entre autres car elle refuse de prendre en rééducation d'autres pathologies pour lesquelles elle se sent moins à l'aise ; en conséquence, ces deux pôles constituent la majorité de ses rééducations parmi les domaines restants.

2.2. Définition de la spécialisation par les savoirs

La formation continue, qui permet d'approfondir et d'accumuler des savoirs dans le domaine ou l'approche d'élection, est évoquée par la plupart des interviewées pour définir la spécialisation. C'est ce que souligne Madame Armelle, pour qui « *toute formation supplémentaire, qui n'a pas été donnée au sein des études, est une spécialisation* ». Madame Sabine précise qu'être formateur justifie d'autant plus l'utilisation du terme spécialisé : « *le fait d'être formatrice, de connaître à fond le fonctionnement autistique, oui je pense quelque part que je peux me considérer spécialisée en autisme* ».

De nouvelles connaissances peuvent être acquises lors de recherches personnelles, en se documentant ou en menant des expériences sur l'approche ou le domaine privilégié. Cet approfondissement personnel des savoirs participe à la définition de la spécialisation livrée par certaines interviewées. Madame Augustine évoque plus précisément le mémoire de fin d'études comme point de départ d'une démarche de recherche personnelle visant à se tenir au fait de l'actualité dans son domaine d'élection.

2.3. Définition de la spécialisation par les réseaux

Pour certaines interviewées, être spécialisé correspond à un statut attribué par d'autres personnes, notamment par celles qui leur adressent des patients (orthophonistes, médecins, enseignants, autres soignants), par le reste du groupe des orthophonistes ou par

les patients eux-mêmes. Pour Madame Louise, ces personnes s'adressent à elle en tant que référence dans le domaine du bégaiement, ce qui lui confère le titre de spécialiste.

Madame Denise évoque ces trois premiers types d'arguments pour exposer sa conception de la spécialisation : elle précise que même avec un bon bagage théorique et de l'expérience, c'est l'image que les autres orthophonistes ont d'elle qui légitime son sentiment d'être spécialisée :

« c'est ce qu'on me renvoie de l'extérieur quand on m'appelle et que... même dans mes amies, elles m'envoient des enfants en disant " bon là j'ai un enfant sourd, je te l'envoie " voilà " toi tu sais faire, moi je ne sais pas faire ", donc oui oui je suis spécialisée en surdité, ça c'est indéniable et d'autant plus maintenant où j'ai l'expérience, je ne l'aurais pas dit, je pense que quand je travaillais en institution par exemple je n'aurais pas dit que j'étais spécialisée en surdité, ce qui me permet de dire  a maintenant c'est mon expérience ; en sortant de la fac, je n'étais pas spécialisée en surdité, j'avais fait des choses pour avoir un bagage en surdité, j'avais un bagage en surdité plus important que dans certains domaines, mais je n'étais pas spécialisée ».

2.4. Définition de la spécialisation par les acquis antérieurs

Plusieurs interviewées explicitent le lien entre leurs habitus et leur domaine actuel de spécialisation. Pour elles, les compétences spécifiques qu'elles ont pu acquérir par le biais des habitus leur permettent de dire qu'elles sont spécialisées. Ces compétences peuvent être techniques (connaissances orthophoniques ou activités parallèles qui constituent un apport pour la pratique) ou relationnelles (prédispositions, de l'ordre du ressenti). Par exemple, Madame Alberte met en avant des aptitudes préalables qu'elle a pu développer en dehors du cadre orthophonique, notamment par des pratiques musicales et vocales, qui s'associent à des compétences professionnelles pour asseoir sa spécialisation dans le domaine de la phoniatrie. Madame Gisèle, quant à elle, explique qu'elle dispose d'une capacité innée à comprendre le trouble de communication qu'est le bégaiement : *« je me considère très compétente, parce que ma personnalité fait que... je ne sais pas, j'ai une compréhension du trouble, j'ai peut-être b gay , j'ai peut-être un fond de b gue en moi, je ne sais pas, qui arrive à aboutir sur du mieux-être ».*

3. Positionnements face à l’officialisation des spécialisations en orthophonie

Les tentatives de définition de la spécialisation entreprises par les orthophonistes sont principalement liées au caractère non officiel de ce phénomène pourtant constaté, et soulèvent le débat de l’officialisation des spécialisations. Ce thème a été soit spontanément abordé par les interviewées, soit suggéré lors de certains entretiens. Il n’a cependant pas été évoqué systématiquement. Parmi les neuf interviewées avec lesquelles nous avons abordé l’officialisation, huit s’y opposent et une seule y est favorable.

3.1. Une majorité défavorable

Nos interviewées expriment un avis quasi-unanime en défaveur de l’officialisation des spécialisations et avancent trois sortes d’arguments : concernant le groupe professionnel, dans l’intérêt du patient et de la santé publique, et d’autres d’ordre personnel.

3.1.1. Arguments pour le groupe professionnel

Selon certaines interviewées, une officialisation des spécialisations risque de scinder la profession et d’entraîner l’apparition d’une hiérarchie entre des « *orthophonistes de base* » et des « *orthophonistes experts* ». Madame Clarisse l’évoque : « *je ne voudrais pas qu’on rentre dans ce système-là par rapport à la réforme des études, l’histoire de trois ans et cinq ans, les orthophonistes de base et les orthophonistes... non !* ».

Pour d’autres, il paraît inutile de légiférer à ce sujet. Comme l’évoque Madame Alberte, « *il y a une espèce de régulation qui se fait toute seule* » ; en effet, la spécialisation existe déjà officieusement au sein des réseaux de professionnels, de patients et par le biais des formations continues. Ainsi, Madame Louise explique qu’elle n’en voit « *pas trop l’intérêt, la formation continue est là, après à chacun, à chacune d’être exigeante pour y aller* ». Madame Sabine, quant à elle, suggère une alternative à cette officialisation des spécialisations lors des études : elle serait plutôt favorable à une reconnaissance officielle des formations continues de qualité.

Enfin, un autre risque est évoqué : les orthophonistes ne pourraient plus communiquer aussi facilement entre eux, car n’étant plus généralistes, les différents membres de la profession n’auraient plus les mêmes références. C’est ce qu’explique Madame Léonie : « *Et s’il y a une ortho bégaiement et une autre ortho logico-math elles n’auront rien à*

voir, et je trouve que c'est important qu'on puisse faire de tout aussi pour pouvoir échanger facilement les unes avec les autres ».

3.1.2. Arguments dans l'intérêt du patient et de la santé publique

La mise en place de spécialités officielles risque d'engendrer des choix de spécialisation par intérêt financier, comme l'évoque Madame Emilie : *« est-ce que le risque de cela n'est pas que tout le monde choisisse aphasiologie et surdité parce que c'est bien rentable pécutiairement parlant, et puis qu'on laisse les troubles de déglutition ou d'articulation ! »*

D'autre part, l'orthophoniste risque de perdre la vision globale du patient qu'il est actuellement capable de mettre en œuvre grâce à ses connaissances généralistes sur la communication. De ce point de vue, l'officialisation de spécialités peut être néfaste pour le patient. Madame Christiane explique que cette segmentation de la profession est inconcevable vis-à-vis du patient *« parce qu'on est obligé de le traiter dans sa globalité, on ne va pas traiter qu'un petit bout du patient, ce serait complètement aberrant ».*

3.1.3. Arguments d'ordre personnel

Plusieurs interviewées considèrent comme une chance la diversité des champs d'intervention des orthophonistes et la liberté qu'elles ont de changer de domaine à tout moment de la vie professionnelle. Or, être spécialisé signifierait restreindre sa pratique à un seul domaine et ôterait les possibilités de changement de domaine ou d'approche. Madame Christiane souligne que les intérêts de l'orthophoniste évoluent au cours de sa vie, ainsi, elle considère que la pratique *« sera orientée à un moment donné de la vie professionnelle mais qu'elle pourra changer d'orientation au cours de cette vie professionnelle, d'où l'intérêt d'un champ de compétences très vaste qu'il faut maintenir ».*

Ceci explique que la plupart de nos interviewées conservent volontairement une proportion de patients hors du domaine de spécialité. En effet, mis à part Madame Augustine, aucune ne conçoit de se consacrer exclusivement à un domaine et limite dans la mesure du possible le nombre de patients présentant des troubles relevant de ce domaine. Par exemple, Madame Christiane refuse d'effectuer uniquement des rééducations logico-mathématiques : elle affirme *« on n'est pas là que pour ça ! On se défend quand même de se spécialiser entre guillemets »* et explique qu'elle peut se

permettre de le faire en réorientant certains patients vers d'autres orthophonistes. En revanche, les orthophonistes qui présentent une spécialisation par approches, comme la gestion mentale pour Madame Hélène, ou une position « *à la croisée des chemins* » pour Madame Rolande, effectuent les prises en charges de tous leurs patients dans l'esprit de leurs approches respectives.

3.2. Une seule interviewée favorable : Madame Augustine

Madame Augustine, diplômée en orthophonie depuis quinze ans, exerce dans un cabinet libéral situé en périphérie d'une grande agglomération. Elle se considère spécialisée dans la prise en charge des pathologies génétiques, et accepte, pour répondre au maximum à la demande, d'avoir une patientèle totalement circonscrite à son domaine de spécialisation. En ce qui concerne l'officialisation des spécialisations, elle affiche ouvertement son avis favorable, bien qu'elle soit consciente que son opinion va à l'encontre du discours général de la profession, et qu'elle « *risque de [se] faire taper sur les doigts en disant cela !* ». Elle est d'ailleurs la seule de nos interviewées qui souhaite une reconnaissance officielle de spécialités en orthophonie. Pour se justifier, elle avance que les champs d'intervention de l'orthophonie sont tellement vastes qu'il est impossible d'être performant dans tous les domaines : « *on a un métier si vaste, [...] on ne peut pas être bonne en tout, il ne faut pas rigoler ! [...] c'est pas vrai, moi je n'y crois pas, si on veut vraiment se donner la peine de rechercher de la documentation, de se former, on ne peut pas, ce n'est pas possible !* ». Elle se base sur des constatations faites lors de sa pratique, notamment au sujet de patients qu'elle a dû prendre en charge tardivement pour rattraper des rééducations inefficaces menées par des orthophonistes insuffisamment formés dans ce domaine. Il lui paraît inconcevable de prendre en charge des patients dans des domaines où elle n'aurait pas de compétences suffisantes ; elle précise : « *ça fait trois-quatre ans que je ne fais plus de dyslexie-dysorthographe, je ne me permettrais pas d'en prendre. Si vraiment je voyais que j'avais besoin d'en faire, j'irais faire un stage de formation continue, ça me paraît un respect vis-à-vis du patient !* ».

Elle suggère donc de mettre en place une formation initiale adaptée qui spécialiserait l'étudiant dans un ou plusieurs domaines lors de la dernière année d'études, ce qu'elle exprime très clairement : « *personnellement je trouve que ça serait plus malin de faire trois ans d'études complètes, peut-être un mémoire moins important, et un an de spécialisation en trois/quatre domaines précis, voilà, moi j'en suis convaincue* ». Pour un éventuel changement de spécialisation par la suite, l'orthophoniste devrait suivre de nouvelles formations continues.

II. LA SPECIALISATION DANS LES FAITS

Après avoir examiné les différentes conceptions de la spécialisation, il convient de s'intéresser à la réalité de la pratique, notamment aux différents facteurs qui jouent un rôle déterminant dans la concrétisation de la spécialisation en orthophonie.

1. Facteurs biographiques

L'application de la « méthode des tas » pour chaque corpus a permis de mettre en évidence quatre facteurs biographiques récurrents et abordés par chaque interviewée. Ces facteurs jouent un rôle important dans le processus de spécialisation en orthophonie, mais dans des proportions différentes selon les interviewées. Ils peuvent intervenir à différents moments de la vie, se chevaucher et s'influencer mutuellement. Nous distinguons les *habitus*, la formation initiale, la pratique professionnelle et la participation à des formations continues.

1.1. Les *habitus*

La période de vie précédant les études d'orthophonie peut jouer un rôle dans la spécialisation via les *habitus*, c'est-à-dire des compétences ou des valeurs acquises précocement par des pratiques familiales et culturelles, que l'individu peut continuer à développer tout au long de sa vie.

Grâce à une immersion dans son environnement familial, Madame Léonie a été sensibilisée aux mathématiques. Plusieurs membres de sa famille étaient enseignants dans ce domaine et lui ont donné envie de poursuivre dans cette voie. Cette découverte précoce d'intérêts pour des domaines particuliers est également énoncée par Madame Denise : *« c'est un domaine qui m'a toujours intéressée, quand j'étais élève à l'école dans laquelle je travaille actuellement, la classe pour enfants sourds a été créée, donc je pense que c'est ça qui m'a donné envie d'être orthophoniste »*. Ensuite, elle a volontairement choisi, dès sa formation initiale, tout ce qui pouvait l'amener à se spécialiser en surdité.

Pour d'autres interviewées, la pratique d'une discipline en dehors de l'orthophonie leur a permis d'acquérir des compétences spécifiques qu'elles utilisent dans leur pratique orientée. Madame Rolande, diplômée en psychologie avant son entrée à l' cole d'orthophonie, retire de ses précédentes études une certaine conception de la pratique, notamment dans la façon qu'elle a de considérer les symptômes de son patient. Quant  

Madame Alberte, elle explique : *« j'ai toujours été très attirée par ce qui était voix parce que je suis musicienne au départ, donc je suis pianiste, et j'ai toujours vécu dans un environnement musical, donc la voix m'a toujours fascinée »*. C'est cette pratique musicale à haut niveau qui, en plus d'influencer son orientation dans le domaine de la phoniatry, lui a permis d'acquérir des compétences spécifiques qui la légitiment : *« Je pense que déjà j'ai une formation musicale, déjà à la base j'ai de l'oreille, je sais chanter, ça c'est la base, plus que quelqu'un qui n'aurait pas fait de musique, de chant »*.

Enfin, le domaine de spécialisation peut s'intégrer dans la philosophie de vie de la personne, comme pour Madame Armelle qui utilise la méthode Padovan afin de prendre en compte le corps et l'intellect, c'est-à-dire considérer l'entièreté de l'individu. Elle précise : *« J'ai ça dans mon thème de vie »* ; sa conception de la pratique professionnelle correspond à celle qu'elle met en œuvre dans sa vie personnelle.

1.2. La formation initiale

Au cours des études d'orthophonie, les cours, les stages et le mémoire peuvent orienter la pratique professionnelle future des étudiants, c'est ce qu'explique Madame Emilie : *« ce qui a été déclenchant c'est surtout en troisième et quatrième année, la découverte du cerveau et de la neuropsychologie, ça a été une fascination, les cours et les stages où on a fait notre mémoire. [...] Ça a probablement participé à mon orientation »*.

Madame Monique évoque l'impact du travail de recherche de fin d'études : *« J'ai fait un mémoire sur la maladie de Parkinson donc ça oriente pas mal le mémoire, enfin parfois ça peut orienter, donc moi je travaille quand même avec des personnes qui ont la maladie de Parkinson »*. Le mémoire réalisé dans un domaine particulier permet d'une part d'en approfondir les notions théoriques et d'autre part de créer des relations avec des professionnels susceptibles d'adresser des patients.

La formation initiale peut provoquer une modification des centres d'intérêt parmi les domaines de l'orthophonie comme l'explique Madame Augustine chez qui les cours théoriques concernant les pathologies génétiques n'avaient pas suscité d'intérêt particulier. Au contraire, elle avait décidé de s'orienter vers le domaine de la surdité. C'est une proposition de sujet de mémoire, regroupant ces deux champs d'intervention, qui l'a amenée à investir le domaine de la trisomie 21 qu'elle a alors trouvé intéressant. Suite à son travail de recherche, elle a eu l'opportunité de travailler dans ce domaine, dans lequel elle s'est ensuite spécialisée.

1.3. L'exercice professionnel

Madame Louise explique qu'elle appréciait plusieurs domaines de l'orthophonie sans vouloir se spécialiser. C'est par le « *hasard des rencontres* » qu'elle a eu l'opportunité de se spécialiser dans la prise en charge du bégaiement et des troubles de la voix en intégrant un cabinet réputé pour ces domaines.

Madame Emilie révèle « *qu'il y a des choses qui ont émergé au cours de la formation initiale, et puis il y a des intérêts particuliers qui se sont définis avec la pratique* ». Au cours de ses études, puis lors d'un exercice en salariat, elle s'est particulièrement intéressée aux troubles neurologiques chez les adultes ; la confrontation à la pratique clinique l'a ensuite amenée à approfondir la prise en charge des troubles des apprentissages qui présente des similitudes théoriques avec celle des troubles des adultes.

Au cours de la pratique, des « *réenchancements professionnels* » sont parfois observés, ce qu'explique Madame Hélène. Elle a commencé son exercice professionnel dans un hôpital psychiatrique où elle s'est aperçue que ce qu'on lui avait appris ne convenait pas à la réalité clinique. Elle a en parallèle découvert la psychanalyse vers laquelle elle s'est tournée. A la suite de remarques qualifiant sa pratique comme étant « *trop psy* », elle a cherché une conception de la prise en charge plus orthophonique, sans pour autant négliger l'aspect psychologique : « *ça a été extraordinaire la gestion mentale : j'ai trouvé ce que je cherchais dans la rééducation, c'est-à-dire m'intéresser à l'être et non pas au "faire", ce que la psycho m'avait déjà fait faire, mais j'étais trop psy, enfin je ne trouvais pas bien ma place* ». A ce jour, Madame Hélène inscrit toutes ses prises en charge dans le cadre de la gestion mentale.

1.4. La formation continue

Au cours de l'exercice professionnel, Madame Sabine a été confrontée à un patient autiste face auquel elle s'est trouvée démunie : « *c'était mon premier autiste, et pour ce petit garçon, j'ai commencé une formation plus spécifique au niveau de l'autisme, cette formation m'a conduite à une spécificité* ». Petit à petit, elle a acquis une réputation de spécialiste, en conséquence de nombreux patients autistes lui ont été adressés. Elle précise qu'être elle-même formatrice assoit doublement sa spécialisation : d'une part, elle dispose de connaissances très poussées, d'autre part cela renforce sa renommée.

Madame Christiane explique que lorsqu'elle a recommencé à travailler dans une grande agglomération, elle a eu envie de se réinvestir dans des formations continues, et a été attirée par le caractère nouveau de l'une d'entre elles : *« j'en ai profité d'être là pour repartir sur plein de formations, donc ça a été très varié, il y avait le début de la neuropsychologie donc on s'est mis dedans »*. Cette approche influence actuellement une grande partie de ses prises en charge.

2. Le rôle des réseaux

Pour nos interviewées, les réseaux sont constitués de personnes qui sont en lien avec l'orthophoniste et qui peuvent lui adresser des patients ; ces personnes peuvent être des médecins, des orthophonistes, d'autres soignants, des patients ayant été pris en charge, des associations de patients, des professionnels du corps enseignant...

2.1. Facteurs biographiques et réseaux : un lien circulaire

Un lien circulaire relie les facteurs biographiques et les réseaux : ceux-ci s'influencent mutuellement sans qu'il soit possible de hiérarchiser cette relation.

Chaque facteur biographique permet l'intégration à un réseau, chacun ayant ses modalités d'entrée spécifiques. L'orthophoniste peut, comme Madame Louise, intégrer un réseau pré-existant et ainsi créer des relations avec des personnes appartenant déjà à un groupe. Le professionnel peut également constituer son propre réseau, comme Madame Alberte qui dit avoir informé des professionnels de ses compétences spécifiques : *« je suis allée me présenter déjà partout, autour du cabinet, tous les professionnels divers et variés, dans les écoles, au médecin, au psy, au kiné »* ; elle ajoute : *« le prescripteur qui a l'habitude de travailler avec vous parce que vous lui glissez que vous faites bien telle ou telle chose, c'est une valeur sûre la prescription »*. Enfin, l'orthophoniste doit renforcer ses relations au sein de ce réseau. Afin de confirmer ses compétences particulières auprès des médecins prescripteurs, Madame Louise s'inscrit dans une démarche préventive en diffusant des informations concernant le bégaiement. Par ailleurs, à différents facteurs biographiques peut correspondre l'intégration de différents réseaux, comme pour Madame Monique qui s'intègre à un réseau en neurologie lors de ses études puis à un réseau de rééducateurs Padovan lors de son exercice professionnel.

Dans l'autre sens, l'intégration d'un réseau influence les facteurs biographiques. Par exemple, lors de la formation initiale, la réalisation d'un mémoire dans un certain

domaine permet de rencontrer des professionnels susceptibles de proposer des emplois comme le souligne Madame Emilie : *« à l'issue de mon mémoire en fait j'avais eu la chance que pendant le jury un docteur de l'hôpital soit présent, et à l'époque, il recherchait des orthophonistes, donc à l'issue du mémoire il nous a proposé des postes »*. L'intégration d'un réseau lors de la formation initiale, ou lors d'un exercice en salariat, peut influencer l'exercice professionnel autrement, ce que Madame Monique précise : *« j'ai fait mon mémoire avec un Professeur de l'hôpital, c'est lui qui envoie [...] il nous avait demandé de faire une intervention auprès de neurologues donc les gens ont eu notre nom, depuis des neurologues en libéral nous en envoient »*. Une fois le réseau intégré, l'orthophoniste peut se contraindre à suivre des formations continues, contrainte qu'il s'impose lui-même dans un souci de crédibilité face aux autres membres du réseau. Par ce biais, l'orthophoniste s'assure la confiance des personnes qui lui adressent des patients et pérennise ainsi la réputation de spécialiste dont il jouit. Madame Louise évoque ce sentiment de devoir suivre des formations continues : *« quand je suis arrivée il y avait déjà cette étiquette au cabinet donc c'était facile, après il fallait être à la hauteur pour poursuivre et continuer »*.

Les réseaux permettent donc de concrétiser et de pérenniser la spécialisation : ils octroient une clientèle spécifique, ce qui assure une pratique spécialisée. Ainsi l'orthophoniste passe-t-il d'une spécialisation dans les mots à une spécialisation dans les faits.

2.2. Caractéristiques des réseaux

2.2.1. Omniprésence

Les réseaux sont évoqués spontanément dans tous les entretiens réalisés, ce qui montre qu'ils jouent un rôle prépondérant voire indispensable dans le processus de spécialisation, quelque soit le domaine de spécialité, et peuvent intervenir tout au long du processus.

2.2.2. Caractère officieux

Ces réseaux sont basés sur des relations de confiance et de proximité mais ne sont régis par aucun cadre officiel : aucune obligation n'en découle que ce soit en termes de prescription, de formations continues ou de communication de résultats. Ce caractère officieux peut engendrer des conflits comme l'explique Madame Gisèle : dans le domaine du bégaiement, l'Association parole bégaiement met à disposition des patients une liste des orthophonistes prenant en charge cette pathologie dans les grandes villes françaises.

Toutefois, les critères d'appartenance à cette liste ne sont pas strictement définis et peuvent faire l'objet de jalousie : *« c'est pour ça qu'il y a des histoires ici : parce qu'avant il y avait un réseau, il y avait des adresses, on tapait APB et le nom de la ville, il y avait un nom à appeler pour toutes les orthophonistes de la ville. Beaucoup n'étaient pas contentes »*. Suite à ces conflits, plus aucun numéro n'est transmis par ce biais.

2.2.3. Fonctionnement des réseaux

Le fonctionnement des réseaux est essentiellement assuré par le bouche-à-oreille, qui consiste à véhiculer l'écho de rééducations réussies ou à conseiller directement certains orthophonistes. Le bouche-à-oreille existe entre les patients, les enseignants, les médecins, les associations de patients ou de proches de patients... Madame Rolande expose ce phénomène comme une évidence voire une normalité : *« Les instits m'envoient des patients, le bouche-à-oreille, les médecins, comme tout le monde, non ? On fonctionne tous comme ça ! »*. Quant à Madame Denise, elle met l'accent sur le caractère progressif du fonctionnement par bouche-à-oreille :

« mon cabinet est récent donc il faut le temps de se faire connaître, c'est pas mal il y a un médecin dans le quartier qui m'envoie du monde parce qu'il me connaît ; le fait de travailler dans la classe pour enfants sourds à l'école qui est à côté, les maîtresses me connaissent, on se côtoie dans l'école, donc elles m'en envoient [...] le monde des sourds c'est un monde assez restreint, donc ils ont entendu parler d'une orthophoniste qui a la langue des signes comme il y en a très peu ; voilà, les autres patients sourds qui sont des devenus sourds, ils sont envoyés soit par l'hôpital, par le milieu médical qui sait que je suis spécialisée en surdité ; voilà, sinon là je commence à avoir des gens qui viennent de la part de patients qui sont déjà passés ici... ».

2.2.4. Interactions

Ces réseaux relèvent d'interactions, c'est-à-dire que des patients sont adressés à nos interviewées, mais il arrive aussi que ces orthophonistes spécialisées orientent leurs patients à d'autres professionnels soignants, ce qu'explique Madame Louise : *« beaucoup chez le pédopsy pour les enfants, le psychologue... moi j'oriente moins facilement les adultes chez le psy mais les adultes vont être plus orientés en effet chez l'ostéopathe »*

évidemment, l'homéopathe... ». Les orthophonistes interviewées adressent également des patients à des confrères orthophonistes pour différentes raisons. Madame Rolande explique que pour les prises en charge de longue durée, elle ressent parfois le besoin de passer le relais : *« il y a des enfants qui ont des années d'orthophonie, je trouve ça épouvantable, pour eux et pour l'orthophonie, alors je leur dis qu'on pourrait faire des échanges, au bout d'un certain temps, c'est un autre regard, une autre pratique... ».* Enfin, certains orthophonistes jugent qu'une autre approche pourrait être favorable pour le patient, ce qui est le cas de Madame Armelle : *« il arrive aussi que j'envoie des personnes ailleurs. J'ai déjà envoyé des patients pour travailler la méthode Tomatis ».*

2.2.5. Cercle vicieux ou cercle vertueux ?

Les réseaux assurent une patientèle spécifique aux orthophonistes spécialisés. Toutefois, le fait de recevoir des patients présentant systématiquement les mêmes troubles est perçu différemment par nos interviewées : pour certaines il s'agit d'un cercle vertueux alors que pour d'autres il s'agit plutôt d'un cercle vicieux. Par exemple, Madame Léonie précise que d'autres professionnels peuvent apprendre que l'on a fait une formation continue et adresser des patients : *« quand on a fait une formation et qu'on commence à prendre ce type de pathologie, les gens autour le savent, nous envoient ce type de pathologie, c'est ce qui fait qu'on va avoir au bout d'un moment que ça »*, ce qu'elle juge bénéfique car cela lui permet de travailler au maximum dans son domaine préférentiel. A l'inverse, Madame Christiane considère ce phénomène comme un cercle vicieux car elle voit la demande de prise en charge dans un domaine croître mais refuse des patients car elle ne veut pas que sa pratique soit restreinte à un champ d'intervention. Elle s'en défend : *« alors après c'est le piège parce qu'on aurait tendance à tous nous les adresser, là on n'est que deux au cabinet à prendre des patients en logico-math, à un moment donné on a dit stop ! ».* Cela confirme le lien entre la conception de la spécialisation et sa réalisation en pratique.

Après avoir présenté la spécialisation dans les mots et la spécialisation dans les faits, nous allons tenter de les mettre en résonance dans une typologie.

III. ESSAI DE TYPOLOGIE

1. Présentation de notre essai de typologie

La mise en lien des éléments étudiés concernant la spécialisation dans les mots et la spécialisation dans les faits permet d'aboutir à une modélisation des processus de

spécialisation selon deux profils : le type « expérience » et le type « savoir ». Les deux idéal-types créés correspondent à deux manières de concevoir, légitimer et concrétiser la spécialisation. Ce modèle ne correspond pas à la réalité, chaque idéal-type résulte d'une synthèse des éléments recueillis lors de nos entretiens mais aucune de nos interviewées ne s'inscrit exactement dans un de ces deux profils. Même si dans la réalité les parcours sont plus diversifiés et comportent des subtilités non considérées dans ce modèle, certains orthophonistes peuvent s'approcher d'un des deux idéal-types.

	TYPE SAVOIR	TYPE EXPERIENCE
Appui sur l'habitus	+	+++ Expériences personnelles, philosophie de vie, compétences relationnelles
Autres facteurs biographiques : F.I., F.C. et exercice professionnel	F.I. + F.C. + recherches personnelles	Stages + exercice professionnel
Réseaux	+++	+++
Type de spécialisation	Par domaines	Par approches
Conception et légitimité	On est spécialisé « parce qu'on sait » : légitimité basée sur le savoir	On est spécialisé « parce qu'on fait » : légitimité basée sur l'expérience

Tableau 1 : Typologie du processus de spécialisation

Légende du tableau : F.I. : formation initiale ; F.C. : formation continue

Les deux idéal-types ont en commun l'importance des réseaux et des habits dans leur processus de spécialisation. Le type « savoir » s'appuie toutefois moins sur l'habitus que le type « expérience » qui met beaucoup à contribution ses expériences personnelles, ses compétences relationnelles et sa philosophie de vie.

Le type « savoir » conçoit la spécialisation comme une acquisition de connaissances théoriques précises, ce qui lui permet de légitimer sa pratique spécialisée. Il développe ses compétences au cours des formations initiale et continue, et grâce aux recherches personnelles qu'il entreprend. Etant donné que la formation et la recherche sont

sectorisées en domaines de pathologies, le type « savoir » se spécialise davantage dans un ou plusieurs domaines d'intervention et plus précocement que le type « expérience ».

Le type « expérience » légitime sa spécialisation par l'acquisition de compétences techniques notamment lors de toutes ses confrontations à la pratique, lors de ses stages, lors de son exercice professionnel et même tous ses acquis antérieurs accumulés via les *habitus*. La concrétisation de sa spécialisation s'effectue par la découverte d'approches permettant d'enrichir ou de « réenchanter » sa pratique. Elle a lieu après un temps d'expérience assez long, ce qui permet d'acquérir une certaine maturité professionnelle.

Afin d'illustrer cette typologie, nous présentons deux portraits de nos interviewées : ceux de Mesdames Denise et Armelle qui s'approchent respectivement des types « savoir » et « expérience ».

2. Illustration par deux portraits

La présentation de ces deux portraits vise à mettre en évidence, dans le parcours de chacune de ces orthophonistes, les éléments pris en compte lors de l'élaboration de notre typologie. Il s'agit des points suivants :

- L'appui sur les *habitus* ; c'est-à-dire le lien entre *habitus* et spécialité actuelle
- L'impact des autres facteurs biographiques
- Le rôle prépondérant des réseaux
- Le type de spécialisation
- La conception de la spécialisation et sa légitimation

2.1. Madame Denise

Diplômée depuis dix ans, Madame Denise a entrepris des études d'orthophonie immédiatement après le baccalauréat. Elle exerce actuellement en cabinet libéral et dans une classe pour enfants sourds, et considère que sa pratique est spécialisée dans le domaine de la surdité. Elle est connue pour prendre en charge un grand nombre de sourds signants, c'est pour cette raison que nous l'avons contactée et rencontrée à son cabinet situé en périphérie d'une grande agglomération.

Quand elle était enfant, une classe pour enfants sourds a été créée au sein de son école et elle a établi un bon contact avec certains de ces enfants. Elle se souvient avoir porté de l'intérêt à la surdité à partir de ce moment, c'est ce qui lui a donné envie d'être orthophoniste. Elle précise cependant : « *je voulais être orthophoniste pour être orthophoniste et pour travailler au niveau de la communication avec tout ce qui est proposé dans le métier d'orthophoniste, pas restreint à la surdité* ».

Lors de ses études d'orthophonie, elle a volontairement orienté ses stages et son mémoire vers la surdité, dans le but de se constituer un bagage théorique et pratique complet. C'est ce qu'elle explique : « *si j'ai fait ces stages, si j'ai voulu avoir ce bagage-là en surdité, c'est parce que j'avais dans un coin de la tête que j'allais travailler dans ce domaine-là, mais sans vouloir me fermer dans ce domaine-là* ». A son entrée dans la vie professionnelle, Madame Denise n'a pas cherché absolument un poste en lien avec le domaine de la surdité et a travaillé en collaboration dans un cabinet libéral qui accueillait une clientèle tout-venant. Quelque temps plus tard, un mi-temps lui a été proposé dans un centre pour enfants sourds ; elle y a travaillé pendant deux ans en parallèle de son mi-temps en cabinet libéral. Ensuite, un ancien maître de stage lui a proposé une collaboration qui lui a permis d'intervenir dans une classe pour enfants sourds à titre libéral. Il y a deux ans elle a créé son propre cabinet où la moitié des patients pris en charge sont sourds, et l'autre moitié est constituée de patients présentant des pathologies variées. De plus, elle entreprend régulièrement des formations continues qui lui permettent de consolider son bagage théorique. Parmi les formations qu'elle fait actuellement, elle est « *plus en recherche de théorie directement liée à la pratique que de théorie pure présentée lors de congrès* ». Elle précise qu'elle choisit également des formations qu'elle pourra appliquer à l'ensemble de ses patients.

Des médecins et des enseignants de l'école où elle intervient lui adressent des patients. Il s'agit d'un réseau qu'elle qualifie elle-même de « *réseau informel* ». Elle affirme que le monde de la surdité est « *un monde assez restreint* » au sein duquel les informations circulent rapidement par le « *bouche-à-oreille* », notamment au sujet des orientations des professionnels, c'est-à-dire des pathologies prises en charge et des méthodes employées...

Outre sa spécialité en surdité, Madame Denise propose une modalité de prise en charge rare, basée sur son bilinguisme langue française – langue des signes française. Elle précise que cela constitue une hyperspécialisation : « *ma spécialité en surdité est une spécialité un peu " spéciale " ! C'est vraiment basé sur la langue des signes* ».

Cette interviewée se considère spécialisée et définit la spécialisation comme une somme de connaissances théoriques de base, à laquelle s'ajoutent des compétences pratiques au fil du temps. Elle précise : « *Il me faut de la théorie, j'ai besoin d'avoir quelque chose de très clair dans ma tête pour savoir où je vais ; j'ai besoin aussi d'avoir un panel de propositions [...] maintenant dans ma compétence il y a une grosse part d'expérience qui intervient* ». Elle ajoute qu'être spécialisée lui permet de juger de la qualité de ses prises en charge, ce qui contribue à lui donner confiance en elle. Toutefois, elle refuse de se cantonner à un seul domaine « *pour [son] équilibre professionnel* » et précise : « *j'ai besoin de voir des enfants qui n'ont pas de problèmes, j'ai besoin de voir aussi quelles sont les difficultés que peut rencontrer un enfant entendant pour faire le pendant avec l'enfant sourd, remarquer quels sont les liens, les points communs...* ».

2.2. Madame Armelle

Diplômée depuis plus de trente ans, Madame Armelle est originaire de Belgique et a effectué sa formation initiale dans un centre éducationnel belge. Elle exerce actuellement en cabinet libéral dans un quartier défavorisé en périphérie d'une grande agglomération, et applique la méthode Padovan à la majorité de ses patients qui présentent des pathologies variées. Nous l'avons rencontrée car elle pratique cette méthode hétérodoxe et dispose d'un certain nombre d'années d'expérience ; l'entretien s'est déroulé à son cabinet.

Ayant hésité entre la profession de psychomotricienne et celle d'orthophoniste, elle a finalement choisi la seconde, pour une raison qu'elle explicite clairement : « *pour moi c'était la communication, au sens large du terme, pas seulement la parole ou le langage, travailler avec des gens sur la communication. J'ai ça dans mon thème de vie* ». Après un certain temps d'exercice professionnel, elle a découvert la méthode Padovan qui la satisfait personnellement car cela fait écho à sa conception de l'individu : relier le corps et l'intellect, « *voir l'entièreté de la personne* ». Cette méthode s'inscrit dans sa philosophie de vie : « *toutes mes démarches dans ma vie tournent toujours autour de faire quelque chose de plus global, toujours faire des liens entre les différentes choses* ».

Son exercice professionnel a débuté par un poste en salariat dans un centre belge, puis elle est venue en France où elle a dû reprendre une année d'études afin d'obtenir une équivalence de son diplôme. A ce moment elle manifestait déjà de l'intérêt pour des méthodes hétérodoxes mais se heurtait à des réticences de la part des professeurs : « *quand j'avais le malheur de parler de Tomatis à des professeurs pour avoir plus de*

renseignements, pour un petit peu voir ce qu'ils en pensaient, pour pouvoir travailler avec ça, faire un stage éventuellement, j'ai failli être mise à la porte ». Elle a exercé en France en salariat dans un Institut médico-psychologique puis dans des cabinets libéraux avant de racheter le cabinet libéral où nous l'avons rencontrée. Elle a tout d'abord pris en charge des patients tout-venants en difficulté sociale, et proposait le jeu comme médiation de ses rééducations. Elle a suivi de nombreuses formations continues : GEPALM, gestion mentale, rééducations vocales... Il y a cinq ans, elle a découvert la méthode Padovan car de nombreuses formations se déroulent dans la ville où elle exerce, mais elle ne souhaitait pas s'y investir au départ et privilégiait d'autres approches hétérodoxes. Parallèlement, son fils a été suivi par un orthophoniste pratiquant la méthode Padovan. Bien que son fils n'en ait retiré aucun bénéfice, Madame Armelle a eu l'occasion de constater de grands progrès chez d'autres personnes. Ces résultats l'ont convaincue de s'investir dans la formation complète à la méthode Padovan, qu'elle applique à ce jour aux trois-quarts de ses patients.

Des médecins et des orthophonistes ne pratiquant pas cette méthode lui adressent des patients spécifiquement pour la méthode Padovan. Elle évoque également la propagation de la renommée par le bouche-à-oreille : *« je vois que j'ai des résultats. Et puis les gens sont contents [...] ils ont une telle reconnaissance qu'ils vont en parler aux autres, ça fait boule de neige »*. Il lui arrive parfois de réorienter ses patients vers d'autres thérapeutes pratiquant d'autres méthodes hétérodoxes qui pourraient leur être davantage profitables.

Madame Armelle s'est spécialisée relativement tardivement par la méthode Padovan ; il s'agit d'une sorte de « réenchantement professionnel » qu'elle ne considère cependant pas définitif : *« ça bouge, ça change, dans dix ans il y aura d'autres méthodes, donc c'est bien de se dire je fais ça maintenant, après on verra... »*. Elle n'envisage pas de pratiquer ainsi toute sa vie, car ses intérêts évoluent et changent au fil de sa vie.

Elle se considère spécialisée dans cette méthode car pour elle toute formation supplémentaire peut constituer une spécialisation. Par ailleurs, comme elle se situe dans un cadre de pratiques hétérodoxes, plus ou moins reconnues par l'ensemble de la profession, elle est amenée à légitimer son choix. Elle se base sur l'empirisme : *« j'ai décidé, j'ai dit si ça marche, je fais »*, c'est-à-dire sur des constatations d'efficacité clinique : *« Alors pour moi, quand je vois que ça porte ses fruits, je suis contente et puis voilà, c'est tout ! Moi, du moment que j'ai eu des résultats... »*.

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

Suite à l'analyse des résultats, nous allons dans un premier temps examiner la validité de nos hypothèses, puis nous confronterons nos résultats aux éléments théoriques développés dans la première partie de notre étude. Enfin, nous développerons les limites, les perspectives et les apports professionnels et personnels de notre recherche.

I. VALIDATION DES HYPOTHESES

Nous rappellerons chaque hypothèse avant de l'approfondir.

Hypothèse 1 : L'absence de cadre officiel entraîne l'élaboration par les orthophonistes de différentes conceptions de la spécialisation.

Les orthophonistes élaborent en effet leur propre conception de la spécialisation car il n'y a pas de cadre officiel. Les définitions construites sont variées et les arguments peuvent être regroupés en quatre catégories : nous recensons des définitions par l'expérience, par les savoirs, par les réseaux ou encore par les acquis antérieurs. Ces conceptions déterminent la considération que le professionnel a de son statut et influencent son acceptation du terme « spécialisé ». L'évitement de ce dernier par certaines de nos interviewées entraîne des propositions d'autres termes qualificatifs de leur pratique.

Hypothèse 2 : Différents facteurs biographiques participent à la construction ou au réaménagement de l'identité professionnelle des orthophonistes vers une pratique spécialisée : les habitus, la formation initiale, l'exercice professionnel et la formation continue.

Notre étude montre que les habitus, la formation initiale, l'exercice professionnel et la formation continue constituent effectivement des facteurs biographiques participant à la construction ou au réaménagement de l'identité professionnelle des orthophonistes vers une pratique spécialisée. Intervenant tout au long de la vie et influençant chaque professionnel dans des proportions variées et de manière non systématique, ces facteurs sont des éléments déterminants dans la distinction des deux types de processus de spécialisation dégagés dans notre essai de typologie.

Hypothèse 3 : La concrétisation de la spécialisation s’effectue principalement par le biais des réseaux, dont l’intégration joue un rôle fondamental pour tous les orthophonistes spécialisés.

Les réseaux jouent effectivement un rôle fondamental dans la concrétisation de la spécialisation de chacune de nos interviewées. Les réseaux évoqués par ces orthophonistes ont des caractéristiques communes : ils sont officieux et interactifs, c'est-à-dire qu'ils relèvent de relations informelles à double sens. Selon les interviewées, ils peuvent constituer un cercle vicieux ou vertueux dans la réalisation et la pérennisation de la spécialisation.

Hypothèse 4 : Deux grands types de processus de spécialisation émergent : le type « savoir » et le type « expérience ». Ils se distinguent par les différents facteurs biographiques intervenant, par le type de spécialisation, par la conception de la spécialisation qu’ils ont et la façon dont ils la légitiment.

Notre dernière hypothèse est confortée par l’élaboration de notre typologie, qui dégage deux types de processus de spécialisation. Le type « savoir » et le type « expérience » sont différenciés grâce à certains facteurs : l’appui sur les habitus, les autres facteurs biographiques (formations initiale et continue, exercice professionnel), les réseaux, le type de spécialisation, la conception de la spécialisation et sa légitimité. Chacun de ces deux idéal-types a été illustré par le portrait d’une interviewée présentant un parcours de spécialisation s’en approchant.

Après l’examen de chaque hypothèse, nous allons mettre en lien nos résultats et les données de la littérature.

II. CONFRONTATION DES RESULTATS AUX ELEMENTS THEORIQUES

Les résultats de notre étude mettent en évidence, pour nos interviewées, l’impact spécifique de certains facteurs biographiques dans le processus de spécialisation, le rôle fondamental des réseaux dans la concrétisation de la spécialisation, ainsi que la présence marquée de la rhétorique professionnelle, notamment lors de l’abord de certains thèmes comme l’officialisation des spécialisations en orthophonie.

1. Impact de certains facteurs biographiques dans le choix du domaine ou de l'approche de spécialisation

Nos entretiens ont mis en évidence, pour nos interviewées, le rôle joué par les habitus dans le choix du domaine ou de l'approche de spécialisation. Les spécialisations par approches correspondent souvent à un « *réenchantement professionnel* » qui intervient au fil de l'expérience (Bouchayer, 1994). Comme l'explique Laplantine (1986) pour les médecins, certains orthophonistes considèrent au fil de leur pratique que les méthodes traditionnelles de rééducation ne leur suffisent plus et s'intéressent à des pratiques hétérodoxes pouvant leur apporter de nouvelles pistes de travail. Toutefois, nous avons mis en avant le fort impact des habitus dans ce type de spécialisation : les orthophonistes qui se tournent vers une approche la choisissent en lien avec leur philosophie de vie, constatant qu'ils avaient toujours été dans la recherche de ce type de conception. C'est ce que Madame Hélène exprime : « *avant je le faisais mal parce que je n'avais pas les outils, mais c'était ça qui m'intéressait, c'est pour ça que j'adore la gestion mentale, vraiment ça fait partie de moi, parce que ça m'a complètement nourrie, ça m'a mise en harmonie avec ce que je recherchais* ». Comme le dit Mucchielli (1991) lorsqu'il définit les habitus, le choix de la gestion mentale a fait écho avec les valeurs que Madame Hélène avait pu développer tout au long de sa vie ; les habitus ont conditionné sa pratique.

De plus, la formation initiale joue parfois un rôle dans le choix du domaine de spécialisation, notamment grâce à l'élaboration du mémoire de fin d'études. Celui-ci permet à plusieurs de nos interviewées d'intégrer un réseau de professionnels susceptibles de leur proposer un emploi ou de leur adresser des patients. La formation initiale influence donc davantage le processus de spécialisation par l'établissement de contacts que par la prise de conscience d'un champ d'intervention trop vaste pour être compétent partout. La formation initiale a donc un impact différent de celui évoqué par Kendall & Selvin chez les étudiants en médecine, pour lesquels la prise de conscience se fait progressivement au cours des études (1957, In Herzlich, 1970).

Parmi les facteurs étudiés lors de l'élaboration des types de processus de spécialisation, nous avons pu remarquer que certains facteurs jouaient un rôle dans la distinction de nos idéal-types. Les facteurs discriminants sont : le type de spécialisation, la conception de la spécialisation et sa stratégie de légitimation, ainsi que certains facteurs biographiques

comme les formations initiale et continue et l'exercice professionnel. Les habitus constituent un paramètre peu discriminant car même s'ils interviennent dans des proportions différentes, ils jouent un rôle dans chacun des deux idéal-types. En revanche, les réseaux sont un facteur non discriminant : ils sont omniprésents et primordiaux dans tout processus de spécialisation.

2. Nécessité des réseaux dans le processus de spécialisation

Au fil de notre recherche, nous constatons, pour toutes nos interviewées, l'omniprésence des réseaux dans leur processus de spécialisation. Ces résultats coïncident avec les conclusions de Leclerc (2003), Bergeras & Tain (2007) concernant le monde de la voix où les relations entre professionnels sont primordiales pour s'y intégrer, ce qui permet alors d'être considéré comme un orthophoniste spécialisé en voix. Nos résultats montrent que ce fonctionnement par les réseaux n'est pas spécifique au monde de la voix, mais valable pour les spécialisations de toutes nos interviewées, qu'il s'agisse de spécialisations par approches ou par domaines. C'est ce qu'exprime Madame Rolande : « *comme tout le monde, non ? On fonctionne tous comme ça !* ». Les personnes constituant les réseaux peuvent appartenir ou non au même groupe professionnel, et donc au même segment ou au même monde social que les orthophonistes (Bucher & Strauss, 1961). Ainsi, les réseaux évoqués par nos interviewées sont composés d'autres orthophonistes, de formateurs, de médecins-prescripteurs, d'autres professionnels de santé, d'enseignants, de patients, d'associations de patients...

Par ailleurs, nos résultats montrent le caractère officieux de ces réseaux. Pour toutes nos interviewées, ces « *mondes sociaux* » existent en effet grâce à des relations informelles constituées via des connaissances personnelles ou professionnelles (Strauss, 1978). Il s'agit du type de réseau décrit par Huard & Moatti (1995), dans lequel les liens sont basés sur une coopération officieuse et des relations de confiance. L'autre type de réseau, officiel et institutionnalisé, évoqué par Soulie (1995) n'est que très rarement présent chez les orthophonistes. Toutefois, nous relevons dans le domaine du bégaiement une tentative d'officialisation du réseau des orthophonistes spécialisés dans ce type de prise en charge. Madame Gisèle l'explique : « *c'est pour ça qu'il y a des histoires. Parce qu'avant il y avait un réseau justement, il y avait des adresses, on tapait APB, il y avait un nom à appeler pour toutes les orthophonistes de la ville. Alors il y en avait beaucoup qui n'étaient pas contentes* ». Elle montre ainsi que la création de la liste des orthophonistes

concernés, prévue pour faciliter la répartition des patients entre les professionnels, a au contraire été source de conflits. Cet exemple correspond à l'argument de Le Bœuf (1999) qui explique pourquoi les réseaux officieux sont privilégiés par les professionnels de santé ; c'est d'ailleurs une situation qui satisfait Madame Gisèle : « *je suis bien contente parce que finalement je n'ai de comptes à rendre à personne. Qu'à mes patients* ».

Chez les orthophonistes, les réseaux sont donc principalement officieux et se constituent grâce à des relations établies lors de la formation initiale, notamment par l'élaboration du mémoire de fin d'études ou la réalisation de stages, et lors de la participation à des formations continues. Huard & Moatti (1995) précisent que ces expériences communes constituent la base de la coopération qui s'appuie elle-même sur la confiance. L'accroissement de cette confiance permet aux orthophonistes d'acquérir une notoriété, et par conséquent plus de patients leur sont adressés dans leur domaine ou leur approche de spécialisation. Comme le dit Ménard, la coopération entre les professionnels assure la pérennité des réseaux qui elle-même contribue à la concrétisation et à l'inscription de la spécialisation dans le temps (1994, cité par Naiditch et al., 2000). Ce fonctionnement constitue, selon les interviewées et notamment selon leur conception de la spécialisation, un cercle vicieux ou un cercle vertueux.

3. La rhétorique professionnelle : une réponse à l'officialisation des spécialisations

Face à notre emploi du terme « spécialisé », certaines interviewées évoquent spontanément le thème de l'officialisation des spécialisations. Ce comportement est en lien avec les propositions concernant l'application de la réforme LMD aux études d'orthophonie (pages www.orthophonistes.fr). La réponse du gouvernement est considérée par certains professionnels et par le syndicat majoritaire FNO comme un danger pour la profession. En réponse à ce qu'ils jugent être une attaque risquant de scinder la profession et par conséquent d'amoindrir sa légitimité professionnelle, ils mettent en place une rhétorique professionnelle. Cette argumentation est, selon Paradeise (1985), un moyen de maintenir la légitimité de la profession d'orthophoniste face aux autres groupes professionnels, qui deviendront menaçants si cette proposition d'officialisation des spécialisations est acceptée.

L'appartenance d'un discours à une rhétorique professionnelle peut être mise en évidence par l'extraction d'un paradoxe entre les arguments évoqués par l'interviewé (Paradeise, 1985). Dans le cas de nos interviewées, la contradiction est la suivante : la plupart de ces

orthophonistes vantent la richesse de l'orthophonie tout en reconnaissant qu'il est impossible d'être compétent dans tous les domaines, mais elles ne souhaitent pas pour autant une création de spécialités officielles et veulent maintenir l'unité des champs d'intervention de la profession. Considérées comme spécialisées par au moins un autre professionnel, la plupart de nos interviewées confirment ce statut mais ne souhaitent pas pour autant une officialisation des spécialisations, ce qu'elles justifient par un discours pouvant être de l'ordre de la rhétorique professionnelle des orthophonistes.

La rhétorique professionnelle ainsi mise en place permet de maintenir la légitimité professionnelle : en protégeant la globalité de la profession, les orthophonistes évitent le morcellement de celle-ci en petites unités qui seraient alors plus facilement attaquables et plus vulnérables face aux professions adjacentes. Dans ce cas précis, Perdrix précise que chaque groupe professionnel argumente ses compétences de sorte à se distinguer au maximum des professions considérées comme menaçantes (In Tain, 2007).

La rhétorique professionnelle fait partie du discours de la majorité de nos interviewées, ce qui explique en partie la récurrence de certains propos. Il est intéressant de regrouper les arguments susceptibles d'appartenir à cette argumentation et de les synthétiser. De nombreuses interviewées disent que l'orthophonie recouvre de très nombreux domaines d'intervention et que les orthophonistes sont formés pour pouvoir tout prendre en charge, mais qu'il est difficile d'être compétent dans tous les domaines. Etre performant dans un domaine nécessite un bagage théorique, de l'expérience clinique et une volonté d'approfondissement, ce qui n'est pas réalisable dans chaque domaine. Certaines interviewées précisent que, dès la formation initiale, certains domaines sont déjà plus ou moins approfondis en fonction des écoles, des opportunités de stages... La majorité des interviewées reconnaît la nécessité de cibler quelques approches ou domaines préférentiels afin de les approfondir et d'en devenir expert. Cependant, la quasi-totalité des interviewées considère la diversité des pathologies et des patients comme une chance et une richesse qui assure l'intégrité de l'orthophonie. Ce discours majoritaire sous-tend les différents arguments évoqués contre l'officialisation des spécialisations en orthophonie. Ainsi, la plupart des interviewées refuse la spécialisation officielle par peur de devoir restreindre sa pratique à un seul domaine d'intervention et par volonté de maintenir l'unité de l'orthophonie. D'autre part, dans plusieurs entretiens, on retrouve l'emploi des termes « *orthophoniste de base* » et « *orthophoniste expert* », termes qui avaient été repris par la FNO et véhiculés comme significatifs de l'opposition à ce projet d'officialisation des spécialisations. Madame Clarisse reprend ces expressions pour ponctuer son discours : « *je ne voudrais pas qu'on rentre dans ce système-là par rapport*

à la réforme des études, l'histoire de trois ans et cinq ans, les orthophonistes de base et les orthophonistes... non ! ». En ce qui concerne Madame Hélène, elle considère qu'il est impossible d'être compétent dans tous les domaines, et exprime les divergences entre son opinion et celle de son syndicat :

« je peux dire que je suis orthophoniste spécialisée dans ce sens-là et que pour moi c'est pas péjoratif, contrairement à ce que j'entends fréquemment, notamment au sein des syndicats, comme la FNO, auxquels je suis très adhérente mais je ne suis pas toujours d'accord avec l'orthophoniste pluraliste... ».

Pour Madame Christiane, la distinction généralistes / spécialistes entraînerait chez les spécialistes une vision parcellaire du patient : « *Je dirais l'idée à un moment donné qu'avec toutes les réformes, on ait des orthophonistes un peu spécialisés, d'autres qui fassent la globalité, je trouve ça aberrant !* ».

Tout ce discours aboutit souvent à l'emploi d'alternatives aux termes « spécialisé », « spécialiste » et « spécialisation ». Il arrive que le professionnel se considère concrètement spécialisé mais refuse d'employer ce terme pour qualifier sa pratique. C'est le cas de Madame Emilie qui précise :

« Moi je vous dis, j'ai des centres d'intérêt, donc des spécificités, mais c'est trop prétentieux de dire qu'on est spécialiste ! Enfin non non, c'est pas... Non mais ça c'est la maladie des orthophonistes, elles ont du mal à faire valoir leur spécificité. Non, comment dire, j'assume pleinement le fait que j'ai vraiment des choses pour lesquelles je sens que je suis bonne, mais je laisse à ceux qui veulent dire qu'ils sont spécialistes qu'ils sont spécialistes ».

Par ces propos, Madame Emilie met vraiment en évidence le fait que c'est le terme « spécialiste » en lui-même qui dérange les orthophonistes, car il comporte une connotation d'officialité et de condescendance, avec une volonté de se dégager des autres, et de créer ainsi une hiérarchie au sein du groupe des orthophonistes. En conclusion, il existe un décalage entre la spécialisation dans les mots et la spécialisation dans les faits, justifié par la rhétorique professionnelle.

Après avoir confronté nos résultats aux éléments théoriques de la littérature, nous allons aborder les limites, les perspectives ainsi que les apports de notre recherche.

III. LIMITES, PERSPECTIVES ET APPORTS DE NOTRE RECHERCHE

1. Limites

La confrontation à la rhétorique professionnelle des orthophonistes est la principale limite de notre recherche. En effet, lorsque nous recueillons le discours d'une interviewée, il est difficile de savoir si ses arguments sont la véritable expression de sa pensée, ou s'ils correspondent à son adhésion au discours professionnel. Cette rhétorique professionnelle constitue un obstacle important au recueil de la pensée de nos interviewées, mais témoigne d'une importante cohésion identitaire. Nous ne pouvons alors pas dire si la spécialisation dans les mots telle qu'elle est énoncée par les professionnels coïncide véritablement avec ce qu'ils pensent de la spécialisation. Malgré le climat de confiance et d'absence de jugement instauré lors de nos entretiens, le discours professionnel reste un obstacle majeur ; nous disposons de peu de moyens pour le dépasser, d'autant plus que les interviewées ne sont pas forcément conscientes que leurs paroles appartiennent à la rhétorique professionnelle.

La seconde limite de notre étude concerne les conditions de réalisation des entretiens qui n'ont pas toujours été strictement identiques. En effet, pour deux de nos interviewées, le lieu de rencontre n'a pas été le même que les autres, à savoir leur lieu de travail. Nous nous sommes déplacées au domicile de Madame Louise, et avons reçu Madame Hélène au domicile d'une des interviewers. Ces deux interviewées n'ayant pas d'autre disponibilité, nous avons fait le choix de modifier le lieu des rencontres, tout en restant conscientes que ce changement peut constituer un biais méthodologique car l'évocation du parcours est influencée par le cadre, comme l'ont démontré Blanchet & Gotman (1992). De plus, la durée des entretiens a été très variable. Initialement prévus pour une durée d'environ une heure, les interviews ont en réalité duré entre 40 minutes et une heure et demie. Cette variabilité s'explique par les disponibilités horaires de nos interviewées, et par le besoin qu'avaient certaines d'entre elles de développer plus ou moins leurs propos.

Par ailleurs, nous avons rencontré quatorze professionnels, ce qui constitue un nombre insuffisant d'interviewés pour nous permettre de généraliser nos résultats. Le critère de saturation des données, évoqué par Mucchielli (1991) comme critère de validité des

entretiens semi-directifs, n'a pas été atteint. Toutefois, nous avons pu constater la récurrence de certains arguments assez rapidement au fil de nos entretiens. Il s'agit principalement des arguments qui constituent la rhétorique professionnelle et qui ont été évoqués quasi-systématiquement par nos interviewées lorsque nous abordions le thème de l'officialisation des spécialisations.

Enfin, notre population est constituée exclusivement de femmes orthophonistes. Nous souhaitons rencontrer au moins un homme exerçant la profession d'orthophoniste, mais aucun ne répondait à nos critères de sélection de la population dans l'agglomération où nous avons réalisé notre recherche. Il aurait pu être intéressant d'interviewer un homme afin de comparer son discours à celui de ses consœurs. En effet, cette variable du sexe pourrait avoir un impact sur le processus de spécialisation, que ce soit en termes de conception ou de réalisation.

2. Perspectives

La rhétorique professionnelle est très présente dans le discours de nos interviewées, notamment en ce qui concerne l'officialisation des spécialisations. Il serait intéressant de mettre en lien les discours des orthophonistes et leur appartenance ou non à un syndicat de professionnels. En effet, il pourrait exister des corrélations entre les deux : appartenir à un syndicat pourrait influencer le discours de l'orthophoniste dans lequel la rhétorique professionnelle serait davantage prégnante.

D'autre part, l'étude des pratiques hétérodoxes existant en orthophonie pourrait constituer une perspective intéressante. Dans notre recherche, nous avons simplement pointé l'existence de spécialisations par approches, comme par exemple la gestion mentale, la méthode Padovan, ainsi qu'une autre approche plus particulière à une interviewée qu'elle situe « *à la croisée des chemins* ». Il serait pertinent de faire un état des lieux des pratiques hétérodoxes pouvant être recensées en orthophonie, de leur inscription dans un système de formation reconnu ou non et de leur légitimité. De plus, il conviendrait de se pencher sur l'existence de caractéristiques communes aux personnes s'orientant vers de telles pratiques afin d'essayer de dégager des profils, notamment en ce qui concerne les motivations de ces professionnels à s'investir dans une pratique parallèle et leurs attentes vis-à-vis de cette orientation.

3. Apports

Notre recherche présente des apports à deux niveaux : pour la profession d'orthophoniste elle-même, et pour nous, aussi bien professionnellement que personnellement.

3.1. Apports pour la profession d'orthophoniste

Comme nous l'avons confirmé dans notre étude, les spécialisations sont des phénomènes bien réels dans la pratique orthophonique. De plus, nous avons objectivé le décalage présent entre ce que les professionnels disent et ce qu'ils font. Au sein du groupe professionnel, la spécialisation est dans les esprits ; de nombreux orthophonistes participent à ce système en adressant préférentiellement des patients à un autre orthophoniste connu pour être spécialisé. Ce fonctionnement officieux ne surprend personne, mais lorsque nous essayons de le mettre en mots, c'est-à-dire en le formalisant par le discours, le terme « spécialisé » dérange certains orthophonistes. D'autre part, même si la plupart de nos interviewées se considèrent spécialisées, très peu sont favorables à une officialisation des spécialisations. Ces professionnelles ne sont pas encore prêtes à voir leur profession « découpée » en quartiers, même si cela pourrait leur apporter plus de reconnaissance. Le groupe professionnel des orthophonistes semble dans l'ensemble se satisfaire des spécialités informelles qui existent actuellement.

3.2. Apports professionnels et personnels

Notre recherche nous a surtout permis d'acquérir de l'expérience dans la conduite d'un entretien. Il s'agit entre autres d'adopter une position et un discours neutres, et de parvenir à obtenir des informations sur un thème précis sans poser de questions risquant d'induire un type de réponse. Cette démarche se révèle très proche de la conduite d'anamnèse, que nos stages nous permettent rarement d'expérimenter, alors que nous aurons à en effectuer dans notre future pratique. Il est fondamental de savoir mener une anamnèse car celle-ci a un rôle très important : elle constitue la base des évaluations et des prises en charge. La méthodologie choisie dans cette étude, basée sur les entretiens semi-directifs, aura donc été bénéfique en vue de notre pratique professionnelle.

D'autre part, par le biais de notre recherche, nous avons découvert des pratiques hétérodoxes en orthophonie auxquelles nous n'étions pas sensibilisées. Cela nous a également apporté une ouverture personnelle sur différentes conceptions de la pratique.

En ce sens, travailler sur différents types de spécialisations a constitué un véritable enrichissement.

Echanger avec des professionnels ayant de l'expérience, un recul sur leur pratique et parfois des conceptions différentes de celles qui nous sont enseignées à l'école d'orthophonie a été très profitable. Cela nous a permis de prendre du recul sur notre formation initiale et d'envisager notre future pratique comme pouvant évoluer tout au long de notre vie et présentant un éventail très large de pratiques.

CONCLUSION

Le processus de spécialisation est un phénomène bien réel en orthophonie, que nous avons recensé dans différents domaines et approches. Nous avons pu mettre en évidence le décalage entre la spécialisation dans les mots et la spécialisation dans les faits. Pour nos interviewées, nous avons identifié des éléments fondamentaux intervenant dans la construction d'une identité professionnelle spécialisée. Deux idéal-types de processus de spécialisation émergent, se distinguant par les facteurs biographiques intervenant, par la conception qu'ont les professionnels de leur spécialisation, par leur manière de la légitimer et par leur façon de la concrétiser. Le type « expérience » base sa spécialisation sur l'expérience et la pratique clinique, et correspond davantage à une spécialisation par approches. Le type « savoir » construit sa spécialisation grâce à des compétences et des connaissances, et correspond plutôt à une spécialisation par domaines.

La spécialisation requiert la mise en place ou l'intégration d'un réseau de professionnels, quel que soit l'approche ou le domaine concerné, afin d'être concrétisée et pérennisée. D'autre part, le discours de nos interviewées est riche de propos correspondant à la rhétorique professionnelle. Cette argumentation s'oppose à l'officialisation des spécialisations, et nous constatons que la quasi-totalité de nos interviewées sont défavorables à ce projet.

Notre étude permet d'objectiver le processus de spécialisation en orthophonie et met en évidence le paradoxe entre cette réalité clinique et le refus de son officialisation. L'étude de la rhétorique professionnelle en lien avec l'appartenance à un syndicat de professionnels, ou encore l'étude des pratiques hétérodoxes en orthophonie constituent des perspectives offertes par notre recherche.

Enfin, sur un plan personnel, cette étude nous a apporté un certain recul sur notre formation initiale et sur notre future profession, notamment par la découverte de la diversité des pratiques. A l'approche de notre entrée dans la pratique professionnelle, nous avons pris conscience du fait que le diplôme n'est pas une finalité mais le point de départ de la construction de notre propre identité professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Abbot, A. (1988). Professionnal Work. In *The system of Professions – An essay on the Division of Expert Labor*. (ed. : 1992, chap. 2, pp. 35-58). Chicago : the University of Chicago Press.

Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994). Crise, pouvoir et légitimité. In P. Aiach & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (pp. 9-42). Paris : Anthropos.

Bergeras, M., & Tain, L. (2007). Des orthophonistes dans le monde de la voix : savoir, savoir-faire et légitimité. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 173-180). Rennes : ENSP.

Blanchet, A. (1997). *Dire et faire dire – L'entretien*. Paris : Armand Colin.

Blanchet, A. (1985). Les règles du jeu dans l'entretien. In A. Blanchet, H. Bézille, M.-F. Florand, A. Giami, F. Giust-Desprairies, A. Gotman, J.-M. Léger, C. Revault d'Allonnes & L. Zylberstein-Vaisman (Eds.), *L'entretien dans les sciences sociales* (pp. 81-116). Paris : Bordas.

Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes – L'entretien* (2nd ed. : 2007). Paris : Armand Colin.

Borel-Maisonny, S. (1989). Le domaine de l'orthophonie, ses limites, son extension. *Rééducation Orthophonique*, 157, 3-15.

Bouchayer, F. (1994). Les voies du réenchancement professionnel. In P. Aiach & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (pp. 201-225). Paris : Anthropos.

Bucher, R. & Strauss, A. (1961). La dynamique des professions. In A. Strauss (Ed.), *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. (Trans : J.-M. Chapoulie, ed. : 2002, pp. 67-86). Paris : L'harmattan.

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004a). Au-delà des médecins : les autres groupes professionnels du monde médical. In *Sociologie de la santé – Institutions, professions et maladies* (chap. 4, pp. 61-73). Paris : Armand Colin.

-
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004b). Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral. In *Sociologie de la santé – Institutions, professions et maladies* (chap. 3, pp. 43-59). Paris : Armand Colin.
- Ciesielski, L. (2007). *D'une formation d'orthophoniste à une pratique spécialisée : l'investissement dans le domaine du bégaiement*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.
- Damien, R., & Tripier, P. (1994). Rhétoriques professionnelles. In Y. Lucas & C. Dubar (Eds.), *Genèse & dynamique des groupes professionnels* (pp. 245-247). Lille : Presses Universitaires de Lille.
- Déchamp-Le Roux, C. (1994). Vocation médicale et choix professionnel. In P. Aiach & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (pp. 81-119). Paris : Anthropos.
- Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. *Journal Officiel* (4 mai 2002), 104, p. 8339.
- Dubar, C. (1991a). Des « professions » à la socialisation professionnelle. In *La socialisation – Construction des identités sociales et professionnelles* (3rd ed. : 2000, chap. 6, pp. 127-145). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (1991b). La socialisation comme incorporation des habitus. In *La socialisation – Construction des identités sociales et professionnelles* (3rd ed. : 2000, chap. 3, pp. 69-81). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C., & Tripier, P. (1998a). De Durkheim à la théorie fonctionnaliste des professions. In *Sociologie des professions* (2nd ed. : 2005, chap. 4, pp. 61-86). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C., & Tripier, P. (1998b). La sociologie interactionniste des groupes professionnels. In *Sociologie des professions* (2nd ed. : 2005, chap. 5, pp. 87-105). Paris : Armand Colin.
- Huard, P., & Moatti, J.-P. (1995). Introduction à la notion de réseau. *Gestions Hospitalières*, 351, 735-738.
-

-
- Hughes, E. (1958a). Cycles, Turning Points, and Careers. In *Men and their work* (ed. : 1981, chap. 1, pp. 11-22). Westport : Greenwood Press.
- Hughes, E. (1958b). Licence and Mandate. In *Men and their work* (ed. : 1981, chap. 6, pp. 78-87). Westport : Greenwood Press.
- Hughes, E. (1958c). The Making of a Physician. In *Men and their work* (ed. : 1981, chap. 9, pp. 116-130). Westport : Greenwood Press.
- Kendall, P.-L., & Selvin, H.-C. (1957). Tendances à la spécialisation au cours des études de médecine. In C. Herzlich (Ed.), *Médecine, Maladie et Société* (1970, pp. 191-207). Paris : Mouton.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie – Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine* (3rd ed. : 1997). Paris : Payot
- Laplantine, F. (1989). Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (6th ed. : 1999, pp. 297-318). Paris : P.U.F.
- Le Bœuf, D. (1999). Quelles problématiques autour de l'émergence des réseaux de soins ? *Soins Cadres*, 32, 43-45.
- Leclerc, C. (2007). « Spécialistes » de la rééducation vocale : des parcours entre deux mondes. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 105-116). Rennes : ENSP.
- Leclerc, C. (2003). *Un processus de construction d'une identité professionnelle en orthophonie : l'orientation dans le domaine de la voix*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.
- Le Feuvre, N., Gros, S., Haberer, C., & Voisin, M.-L. (2007). L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 41-51). Rennes : ENSP.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives* (2nd ed. : 1994). Paris : P.U.F.
-

-
- Naiditch, M., Bourgueil, Y., Grignon, M., Midy, F., Develay, A., Mino, J.-C., & Polton, D. (2000). Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins. *Perspective Soignante*, 9, 6-25.
- Paicheler, G. (1995). Présentation. Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 5-10.
- Paradeise, C. (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du Travail*, 27(1), 17-31.
- Perdrix, R. (2003). *L'identité professionnelle des orthophonistes : dynamique d'une construction sociale*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.
- Perdrix, R. (2007). Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 149-160). Rennes : ENSP.
- Philippe, C. (2007). L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ? In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 33-39). Rennes : ENSP.
- Poncet, M. (2003). *Intervention orthophonique dans le champ des apprentissages scolaires et construction de la légitimité – L'exemple de la formation GEPALM*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.
- Sanchez, M., Goiran, A., & Martial, L. (2007). Spatialisation/Spécialisation ? In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 53-63). Rennes : ENSP.
- Schnapper, D. (1999). *La compréhension sociologique – Démarche de l'analyse typologique*. Paris : P.U.F.
- Siciak-Tataruga, A. (2005). Dossier : Démographie. *L'Orthophoniste*, 250, 19-26.
- Soulie, A.-M. (1995). Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? *Gestions Hospitalières*, 351, 747-750.
-

Strauss, A. (1978). Une perspective en termes de monde social. In A. Strauss (Ed.), *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. (Trans : I. Baszanger, ed. : 2002, pp. 269-282). Paris: L'harmattan.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). Articulation work. In *Social Organization of Medical Work* (ed. : 1997, chap. 7, pp. 151-190). New Brunswick : Transaction Publishers.

Pages www :

Ameli.fr : *Site internet de l'Assurance Maladie En Ligne*. Retrieved avril 2008, from <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthophonistes/vous-former-et-vous-informer/votre-formation-continue-conventionnelle/les-formations-agreees-f.c.c.-pour-2008-et-2007.php>

Fif-pl.fr : *Site internet du Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux*. Retrieved avril 2008, from <http://www.fifpl.fr/>

Orthophonistes.fr : *Site internet de la Fédération Nationale des Orthophonistes*. Retrieved avril 2008, from http://www.orthophonistes.fr/article_orthophonie_1172_les-actions-menees-par-la-fno.htm

ANNEXES

ANNEXE I : DECRET DE COMPETENCE DES ORTHOPHONISTES

Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.4161-1, L.4341-1 et L.4381-2 ;

Vu le décret n° 65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'orthoptiste ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 8 janvier 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. – L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter et de suppléer ces fonctions.

Art. 2. – Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte-rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. – L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
- la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;
- la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélopharyngée ;
- la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- la rééducation des troubles vélotubotympaniques ;
- la rééducation des fonctions orofaciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie buccolinguofaciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oroœsophagienne ou trachéopharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. – La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l’entourage proche du patient. L’orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d’éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d’autres professionnels, la lutte contre l’illettrisme ou la recherche dans le domaine de l’orthophonie.

ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN

THEMES A ABORDER ET QUESTIONS FORMULEES	NOTIONS A RECENSER
CHOIX DE LA PROFESSION : ATTENTES ET REALITE	
<p>A quel moment vous est venue l'idée d'être orthophoniste ? Quelles autres possibilités aviez-vous à ce moment-là ? A quoi vous attendiez-vous ? Qu'est-ce qui a déterminé votre choix : une personne, une rencontre ? Comment a réagi votre entourage ?</p>	
FORMATION	
<p>Quel a été votre parcours scolaire avant les études d'orthophonie ? Quels concours avez-vous passés, pourquoi ? Dans quel institut avez-vous effectué votre formation ? Comment avez-vous trouvé la formation, clinique et théorique ? Y a-t-il des professeurs ou des stages qui vous ont marqué ? Quelles approches, quels courants, quels auteurs vous ont marqué ? Avez-vous déjà des domaines de prédilection ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - institut de formation - date du diplôme - intérêt pour la formation initiale - domaines de prédilection
INSERTION PROFESSIONNELLE	
<p>Qu'est-ce que vous aviez envisagé après le diplôme ? Avez-vous arrêté une idée de domaine ou de mode d'exercice ? Quelles possibilités s'offraient à vous ? Correspondaient-elles à vos souhaits du moment ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - date du premier emploi - mode d'exercice - type de pathologies
PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET PATIENTELE	
<p>Pourriez-vous décrire votre pratique professionnelle actuelle ? Avez-vous des domaines de prédilection ? Quelle est la part de rééducations de ce(s) domaine(s) parmi toutes vos rééducations ? Pourquoi avez-vous choisi ce/ces domaine(s) ? Qu'est-ce que vous y avez recherché ? Vous considérez-vous spécialisé ? Si non, comment qualifieriez-vous votre pratique ? Que vous apporte le fait d'avoir une pratique spécialisée ? Que pensez-vous apporter aux patients en tant qu'orthophoniste spécialisé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - lieu d'exercice : urbain, rural, zone défavorisée... - mode d'exercice : libéral/institution - spécialité(s) - approches - publics - apports d'une pratique spécialisée pour les patients

<p>Quand avez-vous commencé à orienter votre pratique ? Quelles sont les évolutions notables au cours de votre carrière ? Ont-elles joué un rôle dans votre spécialisation ? Comment en êtes-vous arrivé là ? Qu'est-ce qui a été déterminant ?</p> <p>Dans votre domaine d'élection, privilégiez-vous certaines approches ou certaines techniques ? Comment et pourquoi les avez-vous choisies ? Quelles facultés particulières pensez-vous devoir utiliser ? Avez-vous suivi des formations continues ? Quel était leur contenu et leur but ? Pensez-vous que cela a légitimé votre spécialisation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - historique de la spécialisation : quand, comment, quels domaines, pourquoi - turning points - formation continue : contenu et but, rôle dans la légitimité de la spécialisation
RELATIONS, RESEAUX PROFESSIONNELS	
<p>Avez-vous fait des rencontres professionnelles déterminantes ? Pour l'enrichissement de vos connaissances, techniques ? Pour des opportunités de poste ? Etes-vous amené à être en relation avec d'autres personnes dans le cadre professionnel (milieu médical, scolaire, associations de parents, syndicats professionnels, autres...) et sous quelle forme ? Ces autres professionnels appartiennent-ils au même domaine de spécialisation ou non ? Est-ce que d'autres professionnels (orthophonistes, médecins, autres paramédicaux, autres...) qui vous connaissent vous conseillent à leurs patients ? Est-ce que vous adressez des patients à d'autres orthophonistes ou d'autres professionnels ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - entourage professionnel varié et enrichissant - leur influence sur la spécialisation
VIE PERSONNELLE	
<p>Pourriez-vous nous dire quelques mots sur votre milieu familial d'origine ? (ambiance, présence d'un handicap, d'une maladie ?) Aviez-vous des intérêts ou activités (professionnelles ou de loisir) en lien avec votre domaine de prédilection ? Les pratiquez-vous encore à ce jour ? Que vous apportent-ils personnellement ? Quels éléments marquants de votre vie personnelle ont influencé ou influencent à ce jour votre vie professionnelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - âge, sexe de l'orthophoniste - CSP des parents et des proches - lien avec les milieux enseignant et soignant - lieu de résidence, date de changement - événements marquants
CONCLUSION, OUVERTURES	
<p>Dans votre domaine de spécialisation, quels sont vos projets, proches ou lointains ?</p> <p>Quand vous avez accepté cet entretien, avez-vous pensé à quelque chose de particulier à dire ? Aimerez-vous ajouter quelque chose ?</p>	
<p>Nous vous remercions de votre collaboration dans cet entretien. Seriez-vous disposé, si besoin est, à nous accorder une autre entrevue pour des informations complémentaires ?</p>	

ANNEXE III : GRILLE D'ANALYSE

Légende des tableaux :

+ : joue(nt) un rôle dans le processus de spécialisation, est (sont) en lien avec le domaine ou l'approche de spécialisation

- : n'intervien(nen)t pas dans le processus de spécialisation, est (sont) sans lien avec le domaine ou l'approche de spécialisation

/ : élément(s) n'ayant pas été abordé(s) dans l'entretien

F.C. : formation continue

	Madame ARMELLE	Madame LEONIE	Madame ALBERTE
Avant/Habitus	+	+	+
Etudes/Stages	-	+	+(mémoire)
Premier emploi Carrière	-	+	+
Proportion de patients dans le domaine de spécialisation	75%	90%	60%
Formation continue	+	+	+
Réseaux	+	+	+
Se considère spécialisée	+	+	+
Définition de la spécialisation : ce qui fait qu'elle se considère spécialisée	Toute formation supplémentaire est une spécialisation	Le nombre de patients dans le domaine de spécialisation	A des compétences spécifiques, Musicienne, Nombreuses formations, Nombreux patients en rééducation vocale
Pour ou contre l'officialisation	-	-	-
Pourquoi ?	Les études doivent rester globales	Risque de scinder la profession, Avantage d'être généraliste car on peut échanger avec chaque orthophoniste	Il y a des pour et des contre, Contre car a envie de pouvoir choisir, Les spécialisations se font toutes seules

	Madame DENISE	Madame ROLANDE	Madame GISELE
Avant/Habitus	+	+ (études de psychologie)	-
Etudes/Stages	+	+	-
Premier emploi Carrière	-	+	-
Proportion de patients dans le domaine de spécialisation	50%	Beaucoup d'adolescents	/
Formation continue	+	+	-
Réseaux	+	+	+
Se considère spécialisée	+	hyper-spécialisée	+
Définition de la spécialisation, ce qui fait qu'elle se considère spécialisée	Expérience et bagage théorique important en surdité (stages)	Expérience Fin de carrière « A la croisée des chemins »	Compétente, Capacité à comprendre le trouble grâce à sa personnalité
Pour ou contre l'officialisation	/	/	/
Pourquoi ?	/	/	/

	MADAME EMILIE	MADAME AUGUSTINE	MADAME CLARISSE
Avant/Habitus	-	-	+
Etudes/Stages	+(mémoire)	mais mémoire +	+
Premier emploi Carrière	+	+	-
Proportion de patients dans le domaine de spécialisation	50%	+	50%
Formation continue	+	+	+
Réseaux	+	+	+
Se considère spécialisée	-	+	-
Définition de la spécialisation, ce qui fait qu'elle se considère spécialisée	Etre excellent, Ne faire que �a, Former, Connaître l'actualité, Regard plus fin	Etre pointue, Recherches documentaires, Expérience	Etre la meilleure
Pour ou contre l'officialisation	-	+ spécialisation dans plusieurs domaines	-
Pourquoi ?	Risque de choix financier Ne plus pouvoir changer	Impossibilité d'être compétent partout, Conscience professionnelle	Inutile que ça soit officiel, Hiérarchisation orthophonistes de base / experts

	Madame SABINE	Madame CHRISTIANE	Madame MONIQUE
Avant/Habitus	-	-	-
Etudes/Stages	-	-	+
Premier emploi Carrière	-	-	oui pour Padovan
Proportion de patients dans le domaine de spécialisation	Quasi-totalité	Non significative	/
Formation continue	+	+	+
Réseaux	+	+	+
Se considère spécialisée	+	-	-
Définition de la spécialisation, ce qui fait qu'elle se considère spécialisée	Pointue, Expérimentée, Formatrice	Une seule pathologie, Exceller, Etre le meilleur	Ce sont les gens qui nous adressent des patients qui nous spécialisent, Choix par élimination
Pour ou contre l'officialisation	-	-	/
Pourquoi ?	Mais pour une reconnaissance officielle des F.C. qui sont de qualité	Hiérarchisation généraliste/ spécialiste Préfère garder une vision globale	/

	Madame LOUISE	Madame HELENE
Avant/Habitus	+	-
Etudes/Stages	+(mémoire)	+(avant l'orthophonie)
Premier emploi Carrière	-	+
Proportion de patients dans le domaine de spécialisation	50%	+
Formation continue	+	+
Réseaux	+	/
Se considère spécialisée	+	+ mais pas en gestion mentale
Définition de la spécialisation, ce qui fait qu'elle se considère spécialisée	Regard des autres orthophonistes et des patients, Cadre porteur procuré par le cabinet, Expérience, Formations	Expérience, Connaissances théoriques
Pour ou contre l'officialisation	-	/
Pourquoi ?	Inutile (F.C. existent déjà), Ne plus pouvoir changer	/

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Typologie du processus de spécialisation.....56

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1. Secteur Santé :	2
1.2. Secteur Sciences :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	4
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE.....	9
I. LA SOCIALISATION PROFESSIONNELLE.....	10
1. Vers une identité professionnelle individuelle	10
1.1. Définition d'une représentation sociale	10
1.2. Théories de la socialisation professionnelle	10
1.2.1. Approche fonctionnaliste.....	10
1.2.2. Approche interactionniste.....	11
1.3. A quels moments a lieu la socialisation professionnelle ?.....	11
2. Construction de l'identité d'une profession.....	12
2.1. Définition d'une profession	12
2.2. Rhétorique professionnelle : stratégie de légitimation.....	13
2.2.1. Professionnalisation d'une activité	13
2.2.2. Division du travail et frontières interprofessionnelles	14
2.3. Les réseaux	15
2.3.1. Notions générales sur les réseaux	15
2.3.2. Les segments professionnels.....	16
2.3.3. Les mondes sociaux	17
II. LA PROFESSION D'ORTHOPHONISTE.....	17
1. Construction et évolution de la profession	18
1.1. Historique	18
1.2. Décret de compétence et domaines d'intervention	18
2. Formation	19
2.1. Formation initiale	19
2.2. Formation continue.....	20
3. Démographie.....	20
3.1. Répartition salariat / libéral	21
3.2. Répartition selon les domaines	21
III. LA SPECIALISATION	21
1. Spécialités médicales.....	22
1.1. Habitus.....	22
1.2. Influence de la formation initiale.....	22
1.3. « Réenchantement professionnel » et pratiques parallèles.....	23
2. Constat de pratiques spécialisées en orthophonie.....	23
2.1. Spécialisation dans le domaine de la voix	24
2.2. Spécialisation dans le domaine des logico-mathématiques	24
2.3. Spécialisation dans le domaine du bégaiement.....	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25

PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. L'ENTRETIEN DE RECHERCHE	29
1. Pourquoi l'entretien ?	29
2. L'entretien dans une perspective interactionniste.....	30
2.1. Comportement de l'interviewer.....	30
2.2. Différents types d'intervention	31
3. Grille d'entretien	32
4. Critères de validité	32
II. NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	33
1. Sélection des interviewés	33
1.1. Orthophonistes retenus pour les entretiens	33
1.2. Orthophonistes écartés des entretiens.....	33
1.3. Recherche de la population.....	34
2. Le contrat	35
3. Déroulement de nos entretiens	35
4. Nos interviewées	36
III. ANALYSE	37
1. Analyse thématique	37
2. Analyse entretien par entretien.....	38
3. Vers une typologie	38
PRESENTATION DES RESULTATS.....	40
I. LA SPECIALISATION DANS LES MOTS.....	41
1. Un concept difficile à élaborer	41
1.1. Propositions d'alternatives au terme « spécialisé »	41
1.2. Etre considéré / se considérer spécialisé ou non	41
1.3. Différentes modalités de spécialisation	42
1.4. Discordances	42
2. Tentatives de définition de la spécialisation.....	43
2.1. Définition de la spécialisation par l'expérience.....	43
2.2. Définition de la spécialisation par les savoirs.....	44
2.3. Définition de la spécialisation par les réseaux.....	44
2.4. Définition de la spécialisation par les acquis antérieurs	45
3. Positionnements face à l'officialisation des spécialisations en orthophonie	46
3.1. Une majorité défavorable	46
3.1.1. Arguments pour le groupe professionnel.....	46
3.1.2. Arguments dans l'intérêt du patient et de la santé publique	47
3.1.3. Arguments d'ordre personnel	47
3.2. Une seule interviewée favorable : Madame Augustine	48
II. LA SPECIALISATION DANS LES FAITS.....	49
1. Facteurs biographiques.....	49
1.1. Les habitus.....	49
1.2. La formation initiale	50
1.3. L'exercice professionnel.....	51
1.4. La formation continue	51
2. Le rôle des réseaux	52
2.1. Facteurs biographiques et réseaux : un lien circulaire.....	52
2.2. Caractéristiques des réseaux	53
2.2.1. Omniprésence	53
2.2.2. Caractère officieux.....	53
2.2.3. Fonctionnement des réseaux	54
2.2.4. Interactions	54

2.2.5. Cercle vicieux ou cercle vertueux ?	55
III. ESSAI DE TYPOLOGIE	55
1. Présentation de notre essai de typologie.....	55
2. Illustration par deux portraits	57
2.1. Madame Denise	57
2.2. Madame Armelle	59
DISCUSSION DES RESULTATS.....	61
I. VALIDATION DES HYPOTHESES	62
II. CONFRONTATION DES RESULTATS AUX ELEMENTS THEORIQUES.....	63
1. Impact de certains facteurs biographiques dans le choix du domaine ou de l'approche de spécialisation	64
2. Nécessité des réseaux dans le processus de spécialisation	65
3. La rhétorique professionnelle : une réponse à l'officialisation des spécialisations	66
III. LIMITES, PERSPECTIVES ET APPORTS DE NOTRE RECHERCHE.....	69
1. Limites.....	69
2. Perspectives.....	70
3. Apports.....	71
3.1. Apports pour la profession d'orthophoniste	71
3.2. Apports professionnels et personnels	71
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	74
ANNEXES	79
ANNEXE I : DECRET DE COMPETENCE DES ORTHOPHONISTES	80
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN	83
ANNEXE III : GRILLE D'ANALYSE	85
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	88
Liste des Tableaux.....	88
TABLE DES MATIERES	89

Bérengère Gal & Marie Nicollin

LE PROCESSUS DE SPECIALISATION EN ORTHOPHONIE : De la conception d'une pratique orientée à sa concrétisation

91 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2008

RESUME

Cette étude porte sur le processus d'orientation de la pratique en orthophonie. Elle s'appuie sur les théories de la socialisation professionnelle, sur une présentation de la profession d'orthophoniste et sur une description des spécialisations existant dans le domaine de la santé. Le constat de pratiques spécialisées en orthophonie conduit à la problématique suivante : comment se déroule le processus de spécialisation des orthophonistes, de sa conception à sa concrétisation ? Les résultats recueillis par le biais d'entretiens de recherche ont mis en évidence un décalage existant entre la spécialisation telle qu'elle se dit et la spécialisation telle qu'elle se fait. L'émergence de facteurs biographiques déterminants a permis de dégager deux idéal-types de processus de spécialisation : les types « savoir » et « expérience ». Quel que soit le domaine ou l'approche concerné, toute spécialisation requiert la mise en place ou l'intégration d'un réseau informel de professionnels afin d'être concrétisée et pérennisée. Par ailleurs, la redondance de la rhétorique professionnelle face à l'officialisation des spécialisations en orthophonie montre que ce projet est vécu comme un risque par la quasi-totalité des personnes interviewées. La plupart y sont défavorables, ce qui constitue un paradoxe entre la réalité clinique et ce refus d'officialisation.

MOTS-CLES

Orthophonie – Sciences Sociales – Spécialisation – Réseaux – Officialisation – Rhétorique professionnelle

MEMBRES DU JURY

Nicolas Guilhot

Caroline Leclerc

Laurence Tain

MAITRE DE MEMOIRE

Renaud Perdrix

DATE DE SOUTENANCE

3 juillet 2008
