

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



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

Par

**ARGOUARC'H Lauren**  
**ORTONNE Jeanne**

**ORTHOPHONIE SPECIALISEE : UNE ECONOMIE  
DE LA QUALITE ?**

Directeur de Mémoire

**JAUBERT Guillaume**

Membres du Jury

**PERDRIX Renaud**  
**GUILHOT Nicolas**  
**HOUDAF Hakima**

Date de Soutenance

**26 juin 2014**

---

# ORGANIGRAMMES

---

## 1. Université Claude Bernard Lyon1

Président  
**Pr. GILLY François-Noël**

Vice-président CEVU  
**M. LALLE Philippe**

Vice-président CA  
**M. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. GILLET Germain**

Directeur Général des Services  
**M. HELLEU Alain**

### 1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de  
maïeutique - Lyon-Sud Charles  
Mérieux  
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

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

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (C.C.E.M.)  
**Pr. GILLY François Noël**

Département de Formation et Centre  
de Recherche en Biologie Humaine  
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

### 1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies  
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de  
l'Education  
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques  
des Activités Physiques et  
Sportives (S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON  
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique  
Electronique de Lyon (ESCPE)  
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de  
Lyon  
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1  
Directeur **M. VITON Christophe**

---

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR  
**Yves MATILLON**  
**Professeur d'épidémiologie clinique**

Directeur de la formation  
**Agnès BO, Professeur Associé**

Directeur de la recherche  
**Agnès WITKO**  
**M.C.U. en Sciences du Langage**

Responsables de la formation clinique  
**Claire GENTIL**  
**Fanny GUILLON**

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études  
en vue du certificat de capacité en orthophonie  
**Anne PEILLON, M.C.U. Associé**  
**Solveig CHAPUIS**

Secrétariat de direction et de scolarité  
**Stéphanie BADIOU**  
**Corinne BONNEL**

---

## REMERCIEMENTS

---

Avant tout, nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, Guillaume Jaubert, pour son soutien et sa disponibilité au cours de ces deux années.

Merci à Agnès Witko pour son efficacité et son accompagnement sans faille dans l'élaboration de notre projet.

Merci à l'équipe de sciences sociales qui, grâce à ses remarques pertinentes, a permis à notre mémoire d'avancer. Merci également aux étudiantes présentes lors de ces séminaires, tout particulièrement à Astrid et Mélanie.

Un grand merci aux orthophonistes qui nous ont accordé du temps et de l'attention pour répondre à nos questions.

Merci à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de notre projet : Harriet, Caroline, Laura, Maëva, Lucie, Cyrielle, Julie, Anna et Pablo, Matthieu, Marou, Guillaume, Isabelle, Natacha, etc.

Merci à nos parents.

---

# SOMMAIRE

---

|                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ORGANIGRAMMES .....</b>                                                                     | <b>2</b>  |
| 1. Université Claude Bernard Lyon1 .....                                                       | 2         |
| 1.1 Secteur Santé : .....                                                                      | 2         |
| 1.2 Secteur Sciences et Technologies : .....                                                   | 2         |
| 2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE .....                 | 3         |
| <b>REMERCIEMENTS.....</b>                                                                      | <b>4</b>  |
| <b>SOMMAIRE.....</b>                                                                           | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                       | <b>8</b>  |
| <b>PARTIE THEORIQUE .....</b>                                                                  | <b>9</b>  |
| I. SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS .....                                                            | 10        |
| 1. Définition de la notion de profession.....                                                  | 10        |
| 2. La profession d'orthophoniste.....                                                          | 12        |
| II. LES PROBLEMATIQUES DE « L'OPACITE DE L'OFFRE » ET DE L'EVALUATION DE LA QUALITE .....      | 15        |
| 1. Une profession très règlementée .....                                                       | 15        |
| 2. L'opacité de l'offre .....                                                                  | 16        |
| 3. L'évaluation de la qualité .....                                                            | 19        |
| III. COMMENT SE RENCONTRER : LE ROLE DES MEDiateURS .....                                      | 20        |
| 1. Délégation et prescripteurs.....                                                            | 20        |
| 2. Les « réseaux-échanges » (Karpik, 1989).....                                                | 21        |
| 3. Dispositions et dispositifs.....                                                            | 23        |
| <b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES .....</b>                                                       | <b>25</b> |
| I. PROBLEMATIQUE .....                                                                         | 26        |
| II. HYPOTHESES.....                                                                            | 26        |
| <b>PARTIE EXPERIMENTALE .....</b>                                                              | <b>27</b> |
| I. LA DEMARCHE SOCIOLOGIQUE .....                                                              | 28        |
| 1. L'analyse qualitative.....                                                                  | 28        |
| 2. L'entretien semi-directif.....                                                              | 28        |
| 3. Le guide d'entretien.....                                                                   | 29        |
| 4. Différents types d'intervention .....                                                       | 30        |
| II. NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....                                                        | 31        |
| 1. La population .....                                                                         | 31        |
| 2. Le contrat d'entretien .....                                                                | 33        |
| 3. Le déroulement des entretiens.....                                                          | 33        |
| 4. Présentation des interviewés.....                                                           | 34        |
| III. L'ANALYSE DES RESULTATS .....                                                             | 36        |
| <b>PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>                                          | <b>37</b> |
| I. LA CONQUETE D'UN SEGMENT DE MARCHÉ .....                                                    | 38        |
| 1. L'inscription dans des segments de marchés nouveaux : des orthophonistes pionnières .....   | 38        |
| 2. La pérennisation du segment de marché.....                                                  | 41        |
| II. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA DEMANDE .....                                                | 47        |
| 1. Les médiateurs standards.....                                                               | 47        |
| 2. Emergence d'institutions particulières aux segments professionnels .....                    | 54        |
| III. LES RESEAUX COMME « DISPOSITIF DE JUGEMENT » (KARPIK, 2000).....                          | 59        |
| 1. Des réseaux aux groupes sociaux : une construction collective de la qualité de l'offre..... | 60        |
| 2. La qualification par l'exclusion .....                                                      | 64        |
| <b>CONCLUSION.....</b>                                                                         | <b>68</b> |
| <b>REFERENCES.....</b>                                                                         | <b>69</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                                           | <b>72</b> |
| ANNEXE I : UN ELARGISSEMENT PROGRESSIF DES DOMAINES D'INTERVENTION .....                       | 73        |

---

---

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ANNEXE II : ARTICLE 3 (ABROGE DU 8 AOUT 2004) DU DECRET 2004 .....         | 74        |
| ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES ORTHOPHONISTES SPECIALISES ..... | 75        |
| 1. <i>Catégorie socio-professionnelle, profil des orthophonistes</i> ..... | 75        |
| 2. <i>Patientèle</i> .....                                                 | 75        |
| 3. <i>Le niveau d'expertise</i> .....                                      | 75        |
| 4. <i>Relations avec les autres professionnels de santé</i> .....          | 76        |
| 5. <i>Relations avec des associations de patients</i> .....                | 76        |
| <b>TABLE DES MATIERES</b> .....                                            | <b>77</b> |

## **SUMMARY**

---

At the junction between profession sociology and economical sociology, our study is concerned with the marketing relationship existing between the patient and the specialized speech therapist. It relies on theoretical notions defining the job and the specialization processes that compose it, the opacity of the offer and the difficulties assessing its quality, and the role of the mediators in the encounter. We tried to understand what the systems of judgement were and the intermediaries solicited by the patient, assimilated by a care consumer, that guide them in their therapist choice. In parallel to this, we needed to understand how specialized speech therapists were establishing networks to guide the trajectory of care of patients. By a qualitative method, results obtained in different interviews show that the claim for a market share is linked to a rhetoric of legitimacy and networking of related stakeholders by that same market share. The support of these stakeholders to the belief in legitimate competency makes durable the appropriation of that market segment. Patients pass through structured and institutionalized networks playing the role of systems of judgement and allowing them correlatively to overcome the uncertainty over quality. Those networks are articulated around dense sociability links, which are bearers of memory and of a temporality that unite their members who share a common professional identity. This cohesive identity feeds constant collaborations between professionals, especially in the addressing of the patients.

---

## **KEY-WORDS**

---

Profession sociology – Economical sociology – Quality economy – Mediators – Addressing – Professional network – Speech therapist market.

---

## INTRODUCTION

---

Notre premier objet de recherche fait suite à un étonnement : bien que plusieurs professions revendiquent leur légitimité à prendre en charge le bégaiement, c'est bien l'orthophonie ou plutôt le segment professionnel d'orthophonistes spécialisés dans ce domaine qui en détient le monopole, les patients optant préférentiellement pour cette prise en charge. Nous nous sommes donc interrogées sur les moyens employés par un segment professionnel pour réduire le recours des patients à des prises en charge alternatives et ainsi contrôler leur trajectoire de soin. Progressivement, la réalité du terrain mais aussi nos différents stages nous ont amenées à élargir notre réflexion à d'autres segments de marché : l'autisme et les maladies neuro-dégénératives, chacune de ces parts de marché étant revendiquée également par des orthophonistes affirmant la haute spécificité de leur pratique et la qualité de leurs services.

Deux étapes nous ont permis de faire évoluer notre projet de recherche : les remarques pertinentes de l'équipe de sciences sociales mais aussi une anecdote beaucoup plus personnelle : un rendez-vous chez un professionnel de santé, nouvellement installé, qui au cours de la conversation nous a demandé comment nous avions entendu parler de lui. Nous nous sommes alors posé cette même question pour les patients d'orthophonistes spécialisés : comment avaient-ils eu connaissance de leur spécialisation alors que cette dernière n'est pas officiellement reconnue par notre profession ? Nous nous sommes, par conséquent, attachées à analyser comment la rencontre entre l'offre des orthophonistes spécialisés et la demande pouvait s'opérer et quels étaient les moyens mis en place de chaque côté pour assurer cette rencontre.

Pour cela, nous nous sommes tournées préférentiellement vers l'offre de soin, c'est-à-dire vers les orthophonistes spécialisés dans chacun des segments de marché qui nous intéressait afin de pouvoir générer une analyse systématique de la coordination entre producteurs et consommateurs de services.

Notre travail s'articule autour de trois parties. Nous mobiliserons et présenterons d'abord des concepts sociologiques issus de la sociologie des professions et de la sociologie économique afin d'assurer à notre objet de recherche les fondements théoriques nécessaires. Puis, nous exposerons notre problématique et nos hypothèses ainsi que notre démarche méthodologique, exclusivement qualitative, et ses fondements. Enfin, nous présenterons les résultats que nous avons recueillis suite à nos entretiens et les confronterons à nos hypothèses de départ.

---

# Chapitre I

## PARTIE THEORIQUE

« L'espace est un doute : il nous faut sans cesse le marquer, le désigner ; il n'est jamais à moi, il ne m'est jamais donné, il faut que j'en fasse la conquête » (Georges Perec)

---

## I. Sociologie des professions

Dans cette première partie, nous nous attacherons à présenter des concepts issus de la sociologie des professions qui mettent en lumière les processus à l'œuvre dans la constitution de segments professionnels.

### 1. Définition de la notion de profession

De plusieurs théories issues du courant de la sociologie des professions (fonctionnalisme, interactionnisme) sont nés des concepts sur l'émergence, la dynamique et le fonctionnement des groupes professionnels.

Parsons, en 1955, représentant du courant fonctionnaliste, modélise la relation entre un professionnel et son client à la lumière de la relation thérapeutique médecin-malade. Il en dégage trois composantes essentielles. Le professionnel dispose d'un savoir théorique « *acquis au cours d'une formation longue et sanctionnée* » et « *qui se réfère à la légitimité scientifique qui est universelle* » mais ce savoir est également pratique (fondé sur l'expérience). Il dispose d'une capacité spécifique (« *compétence spécialisée* ») qui limite son domaine d'intervention et son autorité. Enfin, il adopte un positionnement neutre affectivement envers son patient et orienté vers la collectivité (in Dubar, 2000, p.133). Cette « *orientation vers la collectivité* » opposée « *au profit pour soi-même (self oriented)* » du monde des affaires et des *businessmen* affirme « *la satisfaction du client par les ressources de valeurs impersonnelles comme l'avancement de la science, le perfectionnement technique ou la compétence reconnue juridiquement* » comme étant au centre de la relation entre le professionnel et son client (Dubar & Tripier, 1998, p.83) et non les intérêts commerciaux comme c'est le cas pour l'homme d'affaires (p.84).

Cependant, cette opposition entre le « *professionnel, moral et désintéressé* » et le « *businessman animé par la seule poursuite du self-interest* » est, toujours selon Parsons, discutable puisque tous les deux cherchent à obtenir la satisfaction soit par « *le respect de soi-même, la reconnaissance par les autres, l'argent, le plaisir au travail, le prestige, l'affection* » mais alors que la priorité du *businessman* est l'argent, celle du professionnel est le prestige (Dubar & Tripier, 1998, p.87).

Par ailleurs, la théorie de Parsons a inspiré d'autres auteurs qui ont intégré de nouveaux critères à la définition fonctionnaliste de la profession mais finalement, tous s'accordent « *sur une double affirmation [disons liminaire] : d'une part, les professions forment des communautés unies autour des mêmes valeurs et de la même éthique de service, d'autre part leur statut professionnel s'autorise d'un savoir "scientifique" et pas seulement "pratique"* » (in Dubar, 2000, p.135). Ainsi, selon Goode, la première affirmation, c'est-à-dire « *l'acceptation, la formation et la diffusion d'un code déontologique* », participe à l'acquisition d'un « *statut professionnel* » et permet de réguler « *la concurrence interne entre les praticiens* » mais aussi de répondre de leur autonomie octroyée par les pouvoirs publics (in Dubar, 2000, p.135). La seconde affirmation quant à elle, développée par Wilensky, garantit la compétence « *véritable et spécialisée* » du professionnel ainsi que la fermeture du marché du travail en évitant « *un afflux de praticiens* » (in Dubar, 2000, p.135).

---

Mais considérer les professions comme des entités homogènes, « *organisées à la manière des communautés, autour d'un noyau dur, d'un centre assurant la cohésion sociale et morale du groupe* » (Dubar & Tripier, p.87), c'est épouser la rhétorique de cohésion des professions selon le courant interactionniste.

Le courant interactionniste va proposer des concepts-clés issus de travaux empiriques très hétérogènes quant à leur domaine d'investigation (voleurs, danseurs, médecins etc.) que sont la licence et le mandat, la carrière (Hughes), l'ordre négocié (Strauss, 1963) les segments professionnels (Bucher & Strauss, 1961) et les mondes sociaux (Strauss, 1978, in Dubar & Tripier, 1998). Ce sont les deux derniers concepts qui éclairent le mieux notre objet de recherche et c'est pourquoi nous allons particulièrement nous y attacher.

Alors que le courant fonctionnaliste propose une définition de la profession en tant qu'entité homogène, Strauss et Bucher (1961, in *La trame de la négociation*, 1992) définissent la profession comme une « *coalition contingente de segments correspondant à des institutions différentes de travail (hôpitaux, facultés, cabinets médicaux), des statuts différents (généralistes, spécialistes, chercheurs) et à des associations diverses* » (in Dubar & Tripier, 1998, p.106). Nous retrouvons une même hétérogénéité des institutions en orthophonie mais les syndicats de la profession affirment la polyvalence de ses professionnels et non leurs possibles spécialités qui existent pourtant comme nous allons le décrire par la suite. Selon Strauss & Bucher (1961, p.70-71), chaque spécialité « *définit et proclame une mission spécifique* » et « *développe une argumentation pour expliquer en quoi elle est particulièrement appropriée pour cette tâche* », c'est-à-dire en quoi leur compétence spécialisée répond de manière efficace aux besoins de leurs patients. Ce faisant, elle cherche à se différencier en tant que spécialiste et également, par voie de fait, à « *exclure les autres médecins* » de ce domaine d'intervention. Par nature, les segments sont des « *communautés invisibles* » (Dubar & Tripier, 1998, p.106) mais qui, pour surmonter cette non-visibilité, « *organisent des actions collectives visant, par exemple, à s'approprier des positions de pouvoir dans les associations ou les comités officiels* » et se « *dotent de porte-parole spécifique et de moyens de communication publique* ».

Les mondes sociaux ont été introduits par Becker en 1970 et Strauss en 1978 (in Dubar & Tripier, 1998). Par « *mondes sociaux* », Becker lie « *"schémas conventionnels" (système de croyances partagées) et "réseaux de chaînes de coopération" (ensemble d'individus coordonnés) nécessaires pour l'action* ». Strauss quant à lui en dégage quatre composantes fondamentales : « *un ensemble de routines, d'habitudes, d'évidences* », « *une arène où existe une sorte quelconque d'organisation* », « *un ensemble de codes culturels permettant une communication efficace* » et enfin, « *un potentiel de créativité* » par les réponses que ces « *mondes sociaux* » peuvent apporter face aux problèmes et conflits rencontrés (in Dubar & Tripier, 1998, p.107-108). Nous verrons par la suite à quel point ces réseaux de coopération sont essentiels dans la rencontre entre patients et professionnels.

Ces différents concepts-clés permettent de mieux comprendre la formation des segments professionnels au sein de l'orthophonie.

---

## **2. La profession d'orthophoniste**

En France, les études pour devenir orthophoniste se déroulent sur 4 ans (5 ans suite à la réforme des études en 2013) à la suite desquels les étudiants se voient remettre un Certificat de Capacité en Orthophonie leur permettant d'exercer. La formation initiale est la même pour tous, quel que soit le centre de formation et par conséquent, le décret de compétences identique pour tous les orthophonistes. Les professionnels ont la possibilité d'approfondir leurs connaissances et compétences dans un domaine d'intervention précis par le biais des formations continues. Ces choix, au cours de leur carrière, vont les pousser à se spécialiser dans la prise en charge de certaines pathologies. Ainsi, malgré le fait que la spécialisation en orthophonie n'est pas reconnue par la Fédération Nationale des Orthophonistes, celle-ci est bel et bien une réalité constatée sur le terrain, semant parfois le trouble au sein de la rhétorique professionnelle.

### **2.1. L'origine de la profession orthophonique**

La profession d'orthophoniste s'est développée entre les années 1930 et 1960. Durant cette période, c'est au croisement de plusieurs disciplines qu'elle a évolué jusqu'en 1964 où elle est officiellement reconnue par l'instauration du Certificat de capacité en Orthophonie. Plusieurs décrets de compétences vont alors se succéder : 1983, 1992 et 2002. Ils permettent de dresser une liste des domaines d'intervention des orthophonistes et élargissent au fil des années leur champ d'action (voir annexe 1).

Selon le décret n°2002-721 du 2 mai 2002,

« 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 ou de suppléer ces fonctions ».

En France, la formation initiale des orthophonistes est la même dans tout centre de formation de manière à ce que les professionnels nouvellement diplômés du certificat de capacité en Orthophonie puissent justifier d'un niveau de compétence équivalent quel que soit le domaine d'intervention. Le décret du 2 mai 2002 établit une liste des actes professionnels que l'orthophoniste est habilité à accomplir (voir annexe 2).

Cependant, une fois leur diplôme obtenu, les orthophonistes continuent de se former par le biais de formations continues. En effet, elles sont nombreuses à être proposées par des organismes formateurs ayant reçu un agrément accordé par l'AFCCO (Association des Formations Continues Conventionnelles des Orthophonistes). Comme tous les professionnels libéraux, les orthophonistes cotisent auprès du Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales (FIF PL) qui leur verse des indemnités pour garantir leur droit à la formation professionnelle.

---

## 2.2. La spécialisation en orthophonie

### 2.2.1. Le réenchantement professionnel

Françoise Bouchayer s'est intéressée au processus de spécialisation chez les médecins généralistes (in Aïach & Fassin, 1994). Il s'agit pour ces professionnels de se spécialiser dans leur pratique afin d'atteindre un statut beaucoup plus gratifiant et valorisant que leur statut actuel : *« on repère bien, chez la plupart de ces médecins, une attitude plutôt critique et désabusée à l'égard de l'enseignement reçu, du type de médecine et de la manière d'être médecins qu'ils ont découverte lors de leur formation initiale »* (p. 207). Ils vont alors chercher à faire coïncider leur pratique avec leur propre conception de la profession, tout en répondant à la demande :

« Cette attitude [...] rejoint en fait la préoccupation initiale de pratiquer une médecine qui convient et doit, sans doute, être mise en relation avec des phénomènes d'usure et de saturation engendrés par une période de disponibilité systématique à toutes les plaintes et demandes d'écoute et de soutien relationnel » (p. 215)

De plus, face à un décret de compétences relativement large (notamment en raison de l'apparition de nouvelles pathologies), les médecins peuvent se retrouver plus enthousiastes à traiter certaines pathologies plutôt que d'autres. Ainsi,

« [...] l'attention de ces praticiens à trouver et à mettre en place une pratique qui leur convient, où les difficultés et les avantages actuels du métier sont gérés de manière à les rendre supportables, voire à les transformer en éléments dignes d'intérêt et vecteurs de réenchantement » (Bouchayer in Aïach & Fassin, 1994, p. 204).

La spécialisation permet ainsi aux médecins de pouvoir éviter les pathologies qui ne les intéressent pas, voire qui les insupportent.

De plus, dans certaines zones où l'offre peut s'avérer plus forte que la demande (par exemple dans les centres villes), la préoccupation des professionnels est de *« s'assurer une clientèle [...] dans un contexte de concurrence professionnelle forte [...] se positionner dans une optique de diversification de l'offre et de segmentation du marché »* (Bouchayer in Aïach & Fassin, 1994, p. 203). La spécialisation leur permet donc de cibler une clientèle particulière et ils tenteront alors de se démarquer de leurs confrères en répondant spécifiquement aux besoins d'une certaine demande. Bouchayer constate ainsi *« une conduite visant à opérer une certaine maîtrise vis-à-vis de la clientèle tout-venant et à sélectionner les patient qui correspondent à ce qu'ils souhaitent prendre en charge »* (p. 215).

### 2.2.2. Une réalité de terrain et une absence de reconnaissance officielle

Malgré le discours officiel des orthophonistes prônant une compétence égale dans tous les domaines de prise en charge, il a été constaté que la spécialisation existe bel et bien en

---

orthophonie. En effet, bien que la formation initiale soit sensiblement la même dans les centres de formations français, les orthophonistes ont la possibilité d'approfondir leurs connaissances dans certains domaines par le biais de la formation continue. Comme Gal et Nicollin l'écrivent dans leur travail de recherche (2008, p.21):

« 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) »

C'est ainsi que Muriel Sanchez écrit 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* » (in Tain, 2007, p.55). Elle constate également que dans les centres villes, les orthophonistes ont moins de pathologies prises en charge que dans les milieux ruraux. Cela peut s'expliquer par le fait que les orthophonistes sont moins nombreux à s'installer dans ces zones, ils doivent alors faire face à une demande plus importante qui les pousse à respecter la polyvalence de départ, enseignée au cours des études.

A cette réalité de terrain s'opposent les discours des représentants de la profession : les syndicats. Le mémoire de Marie Sautier (2011) rapporte les propos de représentants syndicaux et en analyse les mécanismes. Selon elle,

« La rhétorique professionnelle dominante s'appuie donc en partie sur une dimension d'historicité, à laquelle sont intriquées étroitement des valeurs de cohésion - entre les professionnels - et de cohérence - du champ de compétence » (p. 80).

Or, les orthophonistes spécialisés, par leur existence-même interrogent cette cohésion et ébranlent la rhétorique de la profession et de ses représentants fragilisant ainsi ses discours auprès de ses publics externes d'où une absence de reconnaissance officielle par les organismes professionnels :

« Pour la majorité des personnalités syndicales [...], la spécialisation, vectrice de segmentation de l'activité professionnelle, compose un risque majeur notamment sur le plan des luttes juridictionnelles : "segmenter une profession, je pense que ce serait la balkaniser et progressivement l'affaiblir sur ses bases... quitte progressivement même à la faire disparaître parce que toutes ces parties-là seraient annexées" (J. Roustit) » (p.80)

Les orthophonistes spécialisés, en constituant des segments professionnels, revendiquent une part précise du marché de l'orthophonie pour laquelle ils affirment leur compétence. Ils « *déplacent ainsi la définition du [service] proposé vers le haut de la gamme* » (Cochoy, 1999) et s'inscrivent de fait dans un marché de la qualité, qualité qui suppose de pouvoir être évalué et identifié par la demande.

---

## II. Les problématiques de « l'opacité de l'offre » et de l'évaluation de la qualité

En plus de l'absence de reconnaissance officielle de leur spécialité, les orthophonistes doivent également subir de nombreuses réglementations inhérentes à leur profession. Ces réglementations rendent l'offre du marché de l'orthophonie particulièrement opaque, ce qui signifie pour les patients qu'ils ne peuvent recourir à une évaluation préalable de la qualité des services proposés au sein de ce marché.

### 1. Une profession très réglementée

De nombreuses réglementations régissent la profession des orthophonistes : les conventions avec l'Assurance Maladie, le code de déontologie des médecins mais aussi les règles édictées pour les professions libérales.

De l'orthophoniste au traducteur, de l'avocat à l'expert-comptable, les professions libérales, se caractérisent par une grande diversité de leurs domaines d'interventions. La législation française n'a proposé une définition de l'exercice des professions libérales qu'en mars 2012. Elle désigne alors ces professions comme :

« les personnes exerçant à titre habituel, de manière **indépendante** et sous leur **responsabilité**, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle » (Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, article 29-I).

Dans cette définition, nous retrouvons deux grands principes fédérateurs des professions libérales : l'indépendance et la responsabilité. L'indépendance est la garantie de « *la liberté de jugement et de la pratique du professionnel libéral et, par conséquent, un service répondant aux seuls intérêts du client ou patient, indépendamment de toute influence extérieure* » (morale, politique etc.). « *La responsabilité personnelle du professionnel libéral est engagée du fait de ses actes* ». Elle peut être

« civile et/ou pénale. Il s'expose également à des sanctions judiciaires et/ou disciplinaires en cas de non-respect des obligations mises à sa charge par la loi ou son organisme professionnel. C'est une garantie de la qualité de ses prestations et des procédures mises en œuvre au cours de son activité. » (site internet UNAPL).

« Il s'agit ainsi de marquer la différence sociale et surtout morale entre le professionnel et le salarié ordinaire, entre celui qui choisit un monde défini par l'autonomie (liberté vs. oppression) et la responsabilité (dignité vs. dépendance) et celui qui subit un autre monde, marqué par

---

la dépendance salariale et l'oppression patronale » (Dubar & Tripier, p.81).

Comme il est également mentionné dans l'article 29, les professions libérales peuvent ou non être réglementées par des règles déontologiques et par le contrôle d'instances professionnelles (ordre, chambre, syndicat). En raison de l'absence de règles professionnelles spécifiques aux orthophonistes, cette profession est soumise aux mêmes règles qu'un cabinet médical classique et répond aux exigences imposées par l'Ordre national des médecins.

Les professions médicales et paramédicales ont, néanmoins, un statut différent des autres professions libérales car leur domaine commun d'intervention est la santé, reconnu comme service d'intérêt général non économique, fondé sur une logique de solidarité et de redistribution. Les médecins et les paramédicaux assurent une « *mission sociale d'intérêt général, particularité qui interdit de fonder l'activité libérale dans un marché ordinaire de biens et de services* ». C'est, d'ailleurs, dans cette logique de solidarité et afin d'assurer l'égalité et la qualité des soins que l'Assurance Maladie a vu le jour. Dans les années 1960, afin de limiter les dépenses de santé, est mis en place le « *système conventionnel et de fixation réglementée à l'acte du prix des prestations des médecins et aux autres professionnels de santé* » qui fonctionne donc « *de façon indépendante dans le cadre d'une convention collective* », l'Assurance Maladie jouant le rôle de « *tiers gestionnaire s'interposant entre le client et le professionnel* » (Aynaud O. & Picard D. 2011, p.313).

Les professions médicales et paramédicales doivent par conséquent concilier un « *double impératif* » :

« Les valeurs économiques mettent directement en cause l'absolutisme du besoin, puisqu'elles font dépendre le traitement individuel de conventions collectives, puisqu'elles confrontent l'irréductibilité du besoin individuel posée par le modèle de légitimité traditionnel de la profession à la nécessité de limitation de la dépense posée par la science des économistes » (Paradeise, 1989, p.29)

De ce double impératif émerge une contradiction venant menacer l'autonomie des professionnels de santé: une obligation de responsabilité économique d'une part et les valeurs médicales plus traditionnelles inhérentes à leur argumentaire initial d'autre part.

## **2. L'opacité de l'offre**

Ces différentes réglementations concourent à l'opacité de l'offre sur le marché de l'orthophonie parce qu'elles entraînent de facto : un prix qui ne permet pas l'objectivation de la qualité et un déficit de représentation publique par l'interdiction de publicité et de la sollicitation de la patientèle d'où une absence de visibilité. De plus, la nature même du service échangé contribue à rendre difficile l'évaluation de la qualité.

---

## 2.1. L'orthophonie : un « marché sans prix » ?

Dans la théorie économique classique, le marché est considéré comme un « *mode de coordination des actions économiques, de création de prix et, en définitive, d'allocation des ressources rares* » (Benamouzig & Cusin, 2004, p.176). Au sein d'un marché, différents acteurs évoluent : les prestataires de services qui constituent l'offre, et les clients à la recherche de produits, de services : la demande. Or un marché suppose donc « *une confrontation* » de l'offre et de la demande « *dans le but de procéder à des échanges sur la base d'un système de prix, qui résulte d'une négociation entre les parties en présence* » (Eloire, 2010, p.482). Cette négociation repose sur un double présupposé : d'une part, il faut admettre que les consommateurs et notamment leurs choix de consommation, cherchent exclusivement le prix le plus bas possible et d'autre part, que les producteurs, dans un contexte de concurrence, sont contraints de réduire leurs profits afin de diminuer les prix « *d'où le caractère "efficace" et "bénéfique" du mécanisme de marché gouverné par la concurrence* » (Eloire, 2010, p.482).

Par conséquent, il peut paraître quelque peu excessif d'employer le terme de *marché* pour désigner la relation entre le patient et l'orthophoniste. En effet, le prix attribué à l'offre des orthophonistes est régulé par les pouvoirs publics et n'est pas donc pas fixé par des mécanismes de marché dépendants de l'état de concurrence. Il n'existe par conséquent aucun argument économique dans le choix d'un orthophoniste : l'AMO ne varie pas d'un professionnel à un autre. Cela soulève une problématique essentielle : celle de l'évaluation de la qualité. En effet, le prix ne doit pas seulement être analysé comme uniquement « *le résultat d'un mécanisme de marché* » (Eloire, 2010, p.483) mais comme un élément qui permet d'évaluer la qualité d'un produit :

« C'est aussi le signal de qualité du produit » car « lorsque les produits sont segmentés en gammes, le prix reflète la gamme, c'est-à-dire le niveau de qualité. Et la qualité dépend de beaucoup de choses : du savoir-faire, de la technologie, des matières premières, etc. Autrement dit, la qualité dépend des coûts qu'on y engage » (Eloire, 2010, p.483)

Le prix n'est donc pas un indicateur dans le « marché de l'orthophonie » de la singularité des services proposés, dissimulant donc les caractéristiques propres à chacun d'entre eux. Or, cette particularité est d'autant plus contraignante pour les orthophonistes spécialisés qui affirment bien une hétérogénéité de l'offre au sein de ce « marché » en définissant la leur comme étant de qualité, c'est-à-dire se situant dans une gamme haute mais aussi pour les consommateurs qui, eux, ne peuvent se référer au prix dans leur recherche du « bon orthophoniste ».

## 2.2. Le « déficit de représentation publique de l'offre » (Trompette, 2005)

Comme le stipule l'article 19 (article R.4127-19 du code de la santé publique) du code de déontologie médicale qui est également celui des orthophonistes, « *sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale* ». D'autres injonctions pèsent sur l'intitulé des cartes de visites, des plaques des cabinets, etc. dans le but d'assurer la discrétion et nier tout aspect marchand des services de santé.

---

En effet, la publicité ou le marketing étant « *trop assimilés à des signifiants ostentatoires du monde marchand* » (Trompette, 2005, p.7) sont, de fait, éloignés de la réalité non-commerciale de l'activité médicale. De plus, en affirmant les caractéristiques singulières du service qu'il propose, l'orthophoniste met à mal la rhétorique de sa profession qui s'articule autour de la cohésion et de la cohérence (Sautier, 2011, p.80).

Par conséquent, les orthophonistes, comme les avocats de Karpik, ne peuvent donc se rendre « *visibles* », se manifester dans l'espace public afin d'attirer une patientèle potentielle. Les professionnels médicaux subissent par conséquent un « *déficit de représentation publique* » de leur offre (Trompette, 2005, p.7), l'offre se présentant aux yeux de tous comme « *égale et uniforme* » (Felouzis & Perroton, 2007, p. 695). De fait, quand un patient part à la recherche d'un orthophoniste, il se retrouve « *en proie à l'opacité de marché* » car il ne peut mobiliser des informations publiques afin de trouver le « bon orthophoniste » comme par exemple « *un classement public de la qualité des services rendus* » (Karpik, 1989, p.188).

### **2.3. De la nature du service échangé**

Deux composantes semblent essentielles dans la compétence des orthophonistes : d'une part l'expertise et d'autre part, la mobilisation du professionnel. L'expertise de l'orthophoniste est garantie par le certificat de capacité d'orthophonie (la qualification) mais il serait possible également de considérer le nombre de formations, les années d'expériences assez facilement quantifiables au demeurant (mais pas percevables par le patient quand il entre sur le « marché » des orthophonistes). La mobilisation est, quant à elle, beaucoup plus difficilement mesurable. Elle recouvre les savoir-être ou compétences relationnelles (empathie, écoute, bienveillance, disponibilité, investissement, etc.) que l'orthophoniste est capable de mobiliser dans le soin au patient. L'importance accordée à l'une ou l'autre est significativement différente selon le consommateur et ses préférences.

Enfin, la santé faisant partie du « *domaine des services* », sa qualité n'est vérifiable également qu'« *après utilisation* » (Felouzis & Perroton, 2007, p. 698). En conséquence, les services proposés par les orthophonistes « *se présentent comme des promesses dont seul le temps permet d'éprouver la réalité* » (Karpik, 1989 p. 206) et l'évaluation de la qualité ne peut être qu'a posteriori.

Ainsi, les services proposés par les orthophonistes et leur qualité sont par définition un produit « *incommensurable* » (Karpik, 1989, p.207), ce qui entraîne de fait une incertitude de la demande quant à la qualité de l'offre. Finalement, le patient serait dans l'incapacité pour trouver son orthophoniste d'exercer son « jugement », c'est-à-dire un choix rationnel fondé sur l'évaluation des différentes offres proposées au moyen de critères qu'il aurait lui-même défini. Ne lui reste-t-il alors qu'à ouvrir son annuaire, voué finalement à des choix aléatoires? Et pour l'orthophoniste, soumise aux hasards de l'annuaire d'attendre d'éventuels coups de téléphone ?

---

### 3. L'évaluation de la qualité

Deux traditions différentes se sont attachées à analyser la question de l'évaluation de la qualité. Toutes deux s'intéressent aux conditions qui rendent une transaction marchande satisfaisante.

Pour la première tradition dans laquelle se situe Karpik, « *la notion de qualité est liée à l'existence d'incertitudes [sur la quantification des] produits* » (Callon, 2002, p.261) et ces incertitudes sont problématiques car elles mettent à mal le fonctionnement des marchés « *en ôtant toute base à la concurrence* ». Si aucun accord sur les biens n'est possible alors « *c'est l'existence même de la coordination [c'est-à-dire la rencontre marchande] qui est remise en cause* ». Selon Karpik (1989, p.203), dans son article consacré aux avocats, pour réduire l'incertitude sur la définition des biens, au contraire des marchés-prix où « *l'ajustement de l'offre et de la demande se fait par la variation des prix* », ces marchés agissent comme des « *marchés-jugement* » qui s'organisent et fonctionnent en s'articulant à deux composantes essentielles, le réseau et la confiance : « *Lorsque l'offre des biens et des services se diversifie selon les qualités, le choix ne peut se faire que par un jugement dont la validité dépend des mécanismes qui, comme le réseau et la confiance, permettent de réduire l'incertitude de la qualité* ». Dans la même veine, Felouzis et Perroton (2007) affirment que les marchés scolaires sont régulés par le jugement (p.697). Ainsi, il peut en être de même pour le *marché* de l'orthophonie : pour pouvoir construire son choix, en dépit d'une régulation par les prix, le patient fera appel à différents types de médiation en qui il a confiance pour se guider, « *telles que la parole des experts, celle des établissements dans leurs efforts éventuels de présentation, voire de communication, et enfin celle des réseaux de parents et voisins qui échangent avis, conseils et expériences* ».

Dans la seconde tradition, ce n'est pas l'incertitude sur les produits qui est problématique mais l'absence d'individualisation du produit qui constitue une menace pour les marchés. Qualité et produit sont en grande partie assimilables puisque « *le bien qui fait l'objet de la transaction est un produit individualisé dont la qualité a été ajustée à son destinataire* » (Callon, 2002, p.262). Ce qui est essentiel dans l'analyse des « *marchés réels* », c'est de considérer « *les réseaux qui attachent un vendeur à ses acheteurs et non la notion de concurrence* » et la compétition entre ces réseaux, compétition possible car « *les biens individualisés sont en partie substituables* » (p.263). Selon cette tradition, la rencontre entre un sujet (consommateur) et un objet (bien) est une « *fiction* » puisqu'il existe une « *foule d'intermédiaires qui fabriquent de l'attachement et du détachement* » ainsi que « *des acteurs extérieurs au marché* » qui en assurent pourtant la construction.

Nous comprenons cependant dans chacune des deux traditions l'importance du rôle des intermédiaires qui, en permettant l'évaluation de la qualité grâce à la confiance que leur crédite la demande, permettent la coordination entre orthophonistes et patients.

---

### III. Comment se rencontrer : le rôle des médiateurs

Pour que la rencontre marchande entre orthophoniste spécialisé et patient puisse avoir lieu, nous allons voir que les patients vont faire appel à des délégués et dispositifs censés les guider dans le marché alors opaque de l'orthophonie. Parallèlement à cela, les orthophonistes vont se constituer des réseaux d'adresseurs et tenter de s'assurer une expertise et une réputation afin de pérenniser l'adressage des patients dont la pathologie correspond à l'orientation de leur pratique professionnelle.

#### 1. Délégation et prescripteurs

Face à un marché relativement opaque pour le patient, ce dernier doit accepter de ne plus être seul acteur de son choix et de faire appel à des délégués et prescripteurs qui le guident. Ceux-ci vont l'aider à plusieurs niveaux à travers différents types d'informations fournies.

Le patient est reconnu comme un « *agent simultanément engagé dans un "achat impliquant" (prix et qualité de service) et en proie à l'égarement* » du fait de l'opacité du marché (Trompette, 2005, p. 235). Pour rendre l'échange possible, le patient va donc chercher à obtenir des informations. Mais arrivera un moment où il ne parviendra plus à progresser seul et où ses opérations de choix vont reposer « *sur le principe de la délégation, principe par lequel le consommateur accepte de se disqualifier momentanément comme seul acteur du choix et recourt à ces dispositifs, qui sont des délégués, pour l'aider dans son choix* » (Dubuisson-Quellier, 2008, p. 26).

Il est donc extrêmement fréquent que le patient se tourne vers des proches, des personnes auxquelles il accorde suffisamment sa confiance pour se laisser guider par leurs conseils. C'est ce que Karpik (1989) explique dans son article à propos du choix d'un avocat : « *la personne [...] ne dispose d'aucune information publique [...] elle ne peut recourir qu'à la mobilisation des renseignements détenus par la famille, des amis ou des connaissances* » (p.189).

Par le biais des associations de malades, il peut également trouver conseil auprès de personnes qui partagent la même expérience que lui. S'identifier à ces personnes facilite le processus de délégation qui survient, selon Hatchuel (in Jacob & Vérin, 1995), au moment où le patient

« ne peut plus se considérer comme épreuve de vérité acceptable pour lui-même, autrement dit quand, par une opération mentale, il se disqualifie lui-même comme acteur de ses propres choix et doit alors recourir à ce que nous appellerons un prescripteur » (p.212).

Selon Hatchuel (in Jacob & Vérin, 1995), les prescripteurs apportent différents types de connaissances à l'acheteur pour l'aider dans son choix :

- La prescription de fait : « *le prescripteur ne se prononce que sur l'existence d'un état particulier du monde, la qualification de cet état étant un savoir déjà détenu*

---

*par l'acheteur »* (p. 214). Ici, le patient possède déjà un savoir que le prescripteur étaye.

- La prescription technique : *« le prescripteur comble ici une incertitude plus complexe qui s'étend jusqu'à l'ignorance des pratiques possibles »* (p. 215). Il va par exemple orienter le patient vers différents thérapeutes, lui présenter les prises en charge possibles, ce qu'elles impliquent ...
- La prescription de jugement : le prescripteur remet en cause le jugement de l'acheteur par son expertise : il donne à la fois son jugement et induit de quelle façon l'acheteur doit juger, il lui transmet la « bonne façon de juger ».

La relation entre le prescripteur (délégué) et l'acheteur (patient) repose sur le principe de confiance dans le sens où les deux acteurs agissent dans un même but : l'intérêt du patient.

## **2. Les « réseaux-échanges » (Karpik, 1989)**

A l'instar du patient qui mobilise des ressources dans le but de choisir son thérapeute, l'orthophoniste met également en place des dispositifs afin de s'assurer une patientèle qui corresponde à l'orientation de sa pratique professionnelle. Pour cela, nous allons constater que les thérapeutes tentent d'établir des relations avec les prescripteurs pour constituer un réseau d'adressage mais aussi de créer des liens avec des professionnels ayant la même spécialisation afin de s'assurer une expertise et une réputation reconnues auprès des patients, de leurs délégués et des prescripteurs.

La profession d'orthophoniste est soumise à prescription médicale. Cela signifie que le patient rencontre en premier lieu un prescripteur (médecin généraliste ou spécialiste) avant de se rendre dans un cabinet d'orthophonie avec son ordonnance. Sans ces prescripteurs donc, l'orthophoniste ne peut avoir de patient.

Dans leur article, Bergeron et Castel (2010) expliquent que les professionnels de la toxicomanie ou du cancer sont *« à la recherche de malades qui souffrent de la pathologie pour laquelle ils se sont spécialisés, pour laquelle ils se définissent compétents »* (p. 449). Il en est de même pour les orthophonistes qui se sont spécialisés dans un certain domaine : en contexte de forte concurrence, ils vont avoir besoin de mettre en place *certaines dispositifs* et de les entretenir afin d'obtenir une patientèle particulière, qui répond à leur attente en terme de demande.

Pour les orthophonistes souhaitant se spécialiser dans un domaine en particulier, il va être important d'entretenir des relations privilégiées avec les prescripteurs afin que ceux-ci les recommandent auprès de leur patient. En effet, en raison de l'opacité du marché, il n'est pas rare que les patients demandent conseil auprès de leur médecin, les considérant comme un délégué pouvant les guider dans leur choix. Ainsi, *« lorsque le prescripteur est identifiable, l'offreur sait qu'il a intérêt à l'influencer : il lui faut le convaincre de la qualité de ses offres »* (Hatchuel, in Jacob & Vérin, 1995, p.221).

Dans certains domaines, les orthophonistes entretiennent des relations privilégiées avec d'autres thérapeutes, notamment les médecins prescripteurs, car ces *« professionnels du soin cherchent à établir des relations avec des fournisseurs qui sont susceptibles de leur envoyer des patients »* (Bergeron & Castel, 2010, p.449). L'entretien des réseaux fait

---

donc partie des médiations qui existent pour permettre la rencontre entre le patient et l'orthophoniste.

Pour constituer un réseau d'adressage, *« la relation entre offreurs et prescripteurs passe par un transfert contrôlé des connaissances : le prescripteur a besoin des informations de l'offreur mais il doit s'en méfier »* (Hatchuel, in Jacob & Vérin, 1995, p.221). L'orthophoniste doit en premier lieu convaincre le prescripteur de la qualité de son offre, l'assurer de son expertise pour que celui-ci puisse avoir confiance en lui. Pour le patient, *« l'autorité du jugement tient tout entière à la confiance que l'on porte à la tierce partie interrogée qui devient en quelque sorte le délégué ou le garant de celui dont il parle »* (Karpik, 1989, p.192).

Pour cela, plusieurs compétences sont nécessaires selon Castel (2005) pour constituer et entretenir ces réseaux :

- Une compétence relationnelle : *« les médecins essaient de [...] développer et de maintenir un contact personnalisé avec certains pairs qui leur confient des patients »* (p. 454)
- Une compétence médicale : *« les médecins doivent montrer à leurs pairs [...] qu'ils sont capables de prescrire et d'appliquer les bons traitements »* (p. 454)

De nombreux échanges entre orthophonistes et prescripteurs sont réalisés afin d'établir une relation de confiance. L'appartenance à des réseaux permet aux orthophonistes d'accéder à un statut particulier qui atteste de leur expertise dans un domaine, expertise nécessaire pour gagner la confiance des prescripteurs, eux-mêmes devant entretenir la confiance gagnée auprès de leurs patients. En effet,

*« La confiance vient combler l'asymétrie structurelle qui sépare le représentant du représenté. Apparemment, elle implique un risque tout entier assumé par le client puisqu'elle est accordée à un moment où les résultats qui pourraient la justifier n'existent pas encore »* (Karpik, 1989, p.199).

En plus d'entretenir des liens étroits avec les prescripteurs qui constituent leur réseau d'adressage, les orthophonistes se doivent également d'être en contact avec leurs pairs. En effet, faire partie d'un réseau de professionnels dont l'expertise et la réputation sont reconnues auprès de tous leur assure plus facilement la confiance des prescripteurs constituant leur réseau d'adressage : *« en adhérant au réseau, les médecins obtiennent une sorte de label qui les rend plus légitimes et est censé limiter les fuites de patients »* (Castel, 2005, p.455).

Adhérer à un réseau officiellement reconnu permet aussi d'avoir la main mise sur la trajectoire de soin des patients :

*« Les médecins peuvent y trouver un moyen de mieux maîtriser la trajectoire des patients, en nouant des relations privilégiées avec certains collègues [...]. Les médecins qui y participent ont l'occasion d'influer davantage sur ces décisions en amont, alors qu'auparavant, ils avaient tendance à être mis devant le fait accompli par leurs collègues »*

---

qui avaient pris en charge les patients en premier » (Castel, 2005, p.455-456)

Enfin, faire partie d'un réseau d'orthophonistes dont la spécialisation et les prises en charge sont similaires assure un soutien dans la pratique. Les orthophonistes s'étant spécialisés dans un domaine possèdent une grande expérience clinique ainsi que de solides connaissances théoriques qui peuvent être sollicitées par les pairs. Pour Castel (2005, p. 456), ces pairs auxquels on fait appel « *sont appelés "référents" lorsqu'il s'agit de médecins à qui l'on s'adresse pour avoir leur avis sur des cas complexes, ou "correspondants" lorsque ce sont des médecins maîtrisant des techniques complémentaires de traitement ou de diagnostic* ».

Finalement, « *la participation aux réseaux-échanges transforme l'action économique : elle sépare, pour le justiciable, le choix raisonné du choix aléatoire et, pour l'avocat, l'activisme de l'immobilisme* » (Karpik, 1989, p.192). Il peut donc en être de même dans la relation de soin entre l'orthophoniste et son patient : les réseaux sont un moyen d'attirer les patients souhaités mais ils constituent également une forme de délégation pour les patients, indépendamment, parfois d'une quelconque action du soignant. D'où cette vision des réseaux selon Le Velly (2012) : « *Les réseaux sont situés à mi-chemin entre poursuite des intérêts individuels et obligations sociales, et à mi-chemin entre liberté- autonomie et contrainte-dépendance* » (p.19).

### **3. Dispositions et dispositifs**

Pour évaluer la qualité de l'offre, il existe des dispositifs de divers ordres. Ils permettent au consommateur de porter un jugement sur les différentes offres et de les qualifier. Mais d'autres dispositifs ont pour but de fixer les prix des produits ou même de contrôler la trajectoire des consommateurs de manière à les attirer vers un certain type de produit.

Aux réseaux, s'ajoutent d'autres dispositifs pour qualifier la qualité, d'autres intermédiaires qui permettent l'articulation de l'offre et de la demande : les « *dispositifs sociotechniques ou matériels* ». Selon R. Le Velly (2012), il existe trois types de « dispositifs » : les dispositifs de qualification dont font partie les réseaux, les dispositifs de calcul et les dispositifs de captation.

Le premier type de dispositifs permet aux consommateurs des « *opérations de qualification et de jugement* » (p.27). Sont cités :

« Les emballages porteurs des marques qui renvoient à un certain nombre de promesses, des normes, des labels qui établissent différentes garanties, des ouvrages rédigés par des experts (guides gastronomiques, presse consumériste...), des forums où s'expriment les utilisateurs, classement, etc. » (p.27-28)

Ces dispositifs permettent de comparer les différents produits « *au double sens de distinguables et de semblables : les produits ne sont ni parfaitement identiques (puisque'ils ne sont n'ont pas les mêmes caractéristiques techniques, les mêmes notes, etc.) ni parfaitement singuliers (puisque'ils sont évalués selon les mêmes critères)* » (Le Velly, 2012, p.28).

---

Le deuxième type de dispositifs entremêle qualification et calcul (« qualcul » pour Cochoy, 2002). Ces dispositifs « *cadrent les réalités prises en compte, les articulent et les valorisent de façon à la calculer les coûts, des valeurs, des prix, etc.* » (Le Velly, 2012, p.30) Nous ne pensons pas retrouver ce type de dispositifs dans nos entretiens car ils consistent surtout à fixer les prix selon la qualification, l'évaluation des produits.

Avant de donner des précisions quant aux « dispositifs de captation », il convient au préalable de définir cette notion de « captation ». Nous l'entendons comme « *l'ensemble des opérations qui s'efforcent d'avoir prise, d'attirer vers soi, de garder ce ou ceux que l'on a attiré(s)* » (Cochoy, 2004, p.12). Concrètement ces dispositifs s'efforcent de « *tirer partie des dispositions que l'on prête aux personnes pour dévier leur trajectoire, les soustraire à l'espace extérieur, les placer sous contrôle* » (Cochoy, *ibid*). La notion de « disposition » peut être assimilée ici à celle d'« habitus » de Bourdieu comme le souligne François Héran (in Cochoy, 2004, p.18) :

« Le mot "disposition", soulignait Bourdieu, est particulièrement approprié pour exprimer ce que recouvre le concept d'habitus : c'est d'abord le résultat d'une action organisatrice, c'est ensuite un état habituel, une manière d'être, c'est enfin une prédisposition, une tendance, une propension ».

Certains de ces dispositifs nous sont à tous familiers : les cartes de fidélité, les bons de réduction, d'autres déjà beaucoup moins (base de données, « scoring » etc.). Certains sont cependant essentiellement invisibles et néanmoins redoutables : Pascale Trompette en 2005 a mené une enquête auprès des opérateurs des pompes funèbres et a révélé les techniques utilisées par ces derniers pour capter leurs clients. Elle explique par exemple que pour capter les familles, il suffit tout simplement de capter les cadavres (par l'existence des chambres funéraires directement dans l'enceinte de l'hôpital) car les familles conservent majoritairement le même prestataire tout au long de la trajectoire du corps.

Les patients, pour surmonter l'incertitude sur la qualité du service proposé par les orthophonistes spécialisés doivent mobiliser des intermédiaires. Même si ces intermédiaires, nous l'avons vu, sont de nature diverse, parfois contrôlés par les producteurs de biens, parfois indépendants et au service des consommateurs, tous permettent la coordination entre l'offre et la demande.

---

## **Chapitre II**

# **PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES**

---

## **I. Problématique**

Notre étude est au carrefour de deux domaines de recherche en sociologie : la sociologie des professions et la sociologie économique : nous nous attachons à la question des orthophonistes spécialisés qui revendiquent un segment de marché en déplaçant la définition de leur service vers le haut de la gamme, vers la qualité.

Or, les orthophonistes spécialisés souffrent d'une double contrainte de non-visibilité. Tout d'abord, la spécialisation n'est pas officiellement reconnue en orthophonie notamment par les syndicats, elle n'a donc qu'un accès difficile à l'espace public. Ensuite, l'offre de la profession dans son ensemble, par la nature du service échangé, la fixation des prix par l'Assurance Maladie et l'interdiction au recours à la publicité, n'est discernable que dans son homogénéité puisqu'il n'existe, en effet, pas d'informations publiques sur la qualité des services proposés. Or c'est bien dans une niche de qualité et de singularité que se positionne l'offre des orthophonistes spécialisés.

Cette incertitude complique la coordination entre offre et demande car elle rend impossible pour le patient l'identification et l'évaluation de la qualité des services proposés, ce qui nous amène à formuler la problématique suivante :

Comment, dans un contexte d'opacité de l'offre et donc d'incertitude sur la qualité, la rencontre entre les orthophonistes spécialisés et leurs patients est tout de même effective ?

## **II. Hypothèses**

Hypothèse n°1 : Afin que la rencontre entre offre et demande soit possible, nous supposons l'existence d'intermédiaires.

Hypothèse n°2 : En plus des intermédiaires standards sur le marché orthophonique, nous supposons qu'il existe des intermédiaires spécifiques à chaque segment professionnel.

Hypothèse n°3 : Auprès de ces intermédiaires, les orthophonistes spécialisés doivent justifier de leur compétence, c'est-à-dire engager un processus d'évaluation de la qualité de leur offre.

---

# **Chapitre III**

## **PARTIE EXPERIMENTALE**

---

## I. La démarche sociologique

### 1. L'analyse qualitative

Nous avons fait le choix pour notre recherche, d'utiliser une méthode qualitative. En effet, pour les interactionnistes, les outils quantitatifs visent à « *vérifier la pertinence d'un modèle, non à rendre compte de la complexité du monde* » (Le Breton, 2004, p.169). C'est de ce constat et d'une volonté de démarcation qu'est né le courant ethnométhodologique dont la volonté est d'étudier les « *processus d'élaboration des raisonnements et des règles mises en jeu lors des situations d'interactions* » (Le Breton, 2004).

Dans notre recherche, nous souhaitons donc analyser les différents dispositifs qui entrent en jeu dans la relation patient / orthophoniste spécialisé. Pour cela, nous avons opté pour une analyse qualitative,

« dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques) » (Paillé & Mucchielli, 2012).

En effet, contrairement aux analyses quantitatives qui recueillent des données d'ordre statistique, les analyses qualitatives

« visent la connaissance d'un système pratique (les pratiques elles-mêmes et ce qui les relie : idéologies, symboles, etc.), nécessitent la production de discours modaux et référentiels, obtenue à partir d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des acteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques » (Blanchet & Gotman, 2007, p.30).

C'est donc dans le but de recueillir des données qui nous permettront de comprendre les représentations et les pratiques des orthophonistes spécialisés que nous avons opté pour l'usage de l'entretien puisqu'il « *va à la recherche des questions des acteurs eux-mêmes, fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.20).

### 2. L'entretien semi-directif

Nous avons donc choisi d'utiliser la technique des entretiens semi-directifs pour interroger notre population. « *L'entretien de recherche vise la production par B d'un discours continu sur un thème donné, ce qui n'est possible que si A s'abstient de poser des questions* » (Blanchet, Ghiglione, Massonat & Trognon, 1998, p.83). Cette méthode a donc pour avantage d'obtenir un discours relativement spontané puisque l'enquêté est

---

libre dans ses réponses et dans l'orientation qu'il souhaite leur donner. Il n'est pas sans cesse interrompu par l'enquêteur qui tente d'intervenir le moins possible.

Pour Blanchet & Gotman (2007, p.37),

« 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 [...]. L'entretien convient à l'étude de l'individu ou et des groupes restreints, mais est peu adapté et trop coûteux lorsqu'il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes ».

L'entretien nous paraît donc adapté à notre population puisque nous ne visons pas la représentativité dans notre recherche du fait du nombre restreint de personnes interviewées.

« Quant aux résultats visés, l'enquête par entretien ne peut pas 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 [...], 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, 2007, p.37-38).

Nous cherchons donc à nous intéresser de près au phénomène de captation des patients par les orthophonistes spécialisés, à comprendre ce processus par l'analyse des discours portant sur les moyens mis en œuvre par les orthophonistes pour parvenir à leurs fins.

Cependant, il nous faut garder à l'esprit que cette méthode ne peut être totalement objective. Comme dans tout schéma de communication, les informations recueillies peuvent être déformées par le locuteur, selon son expérience, son vécu, la qualité de ses souvenirs mais également par ce qu'il ne souhaite pas dévoiler à l'enquêteur. C'est ce qu'explique Moscovici (1984, in Blanchet & al., 1998) lorsqu'il décrit le comportement engendré par l'enquête si celui-ci est observé : « *Les personnes touchées par une telle recherche savent le plus souvent qu'on les observe. Elles ne parlent ni ne se comportent comme elles le feraient d'habitude entre elles* ». En plus d'avoir un impact sur l'attitude de l'enquêté, cela peut également concerner son discours.

La subjectivité est donc constamment présente dans les entretiens. De plus, les informations obtenues par l'enquêteur seront par la suite analysées et interprétées : elles seront donc sensiblement différentes que ce que l'enquêté souhaitait produire au départ.

### **3. Le guide d'entretien**

Pour Blanchet & Gotman (2007, p.60), le guide d'entretien « *est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés)* ». Il peut

---

se présenter sous deux formes : l'une, peu structurée et l'autre, structurée. L'entretien peu structuré convient aux enquêtes exploratoires, dans lesquelles l'enquêteur prépare une consigne et quelques axes thématiques. Cette forme d'entretien permet de préparer la seconde, l'entretien structuré. Il « *suppose, quant à lui, la formulation d'une consigne, la constitution d'un guide thématique formalisé et l'anticipation des stratégies d'écoute et d'intervention* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.60). Cette anticipation est possible grâce aux observations qui découlent des entretiens peu structurés.

Le guide d'entretien,

« structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il s'agit d'un système organisé de thèmes que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter, à le suivre ni à le formuler sous forme de questionnaire. En effet, 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 » (Blanchet & Gotman, 2007, p.62).

De plus, avoir une liste de thèmes à aborder au cours de la discussion assure l'obtention de paroles pouvant répondre aux interrogations du sujet de recherche.

Finalement, notre guide d'entretien (cf. annexe n°3) aura subi peu de modifications au fil de nos enquêtes. Les premiers entretiens nous auront surtout permis d'ajuster nos questions, notamment dans les termes employés. Nous avons en effet constaté que le terme « spécialisation » pouvait être mal perçu et gêner nos interlocuteurs dans leur discours. C'est donc un terme que nous avons introduit plus tardivement dans les entretiens suivants, pour laisser s'installer un climat de confiance avant d'aborder un sujet polémique dans la profession.

#### **4. Différents types d'intervention**

Selon Blanchet & al. (1998), les interventions de l'enquêteur se distinguent en deux catégories : les « interventions-consignes » et les « interventions-commentaires ». Elles ont pour objectif d'amorcer un thème que l'enquêteur souhaite aborder auprès de l'enquêté mais aussi d'obtenir des précisions sur le discours de l'enquêté afin de s'assurer de sa totale compréhension.

##### **4.1. Les interventions-consignes**

Les interventions-consignes, selon Blanchet & al. (1998) sont toutes les interventions de l'enquêteur qui consistent à orienter le discours de l'enquêté sur un thème précis. La question inaugurale de l'entretien est donc une consigne de l'enquêteur puisqu'elle définit de façon plus précise l'objet de l'entretien et guide l'enquêté dans le type de discours qu'il va devoir adopter. En effet, en réponse aux interventions-consignes, deux formes de discours peuvent être adoptées, suivant la consigne énoncée : le discours assertif, « *dont le but vise à faire connaître à l'auditeur un état de chose ou une conception tenue pour être vraie* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.82) et le discours narratif, répondant à la question « comment ? » et « *dont le but est de rendre compte d'événements passés* » (Blanchet & Gotman, *ibid*).

---

Toute intervention-consigne de la part de l'enquêteur va avoir un impact sur l'enquêté puisque

« chaque consigne, comme toute intervention, modifie le contrat de communication, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs partagés sur les motifs et l'objet de l'échange qui se sont constitués dans l'interlocution précédant cette intervention » (Blanchet & al., 1998, p.100).

Le contrat initial est donc sans cesse modifié à la suite de ces interventions-consignes.

## **4.2. Les interventions-commentaires**

Les interventions-commentaires constituent la majorité des interventions de l'enquêteur. En « *prenant pour objet le discours de l'interviewé, [l'objectif est de] favoriser la production d'un discours continu, l'interviewer doit s'abstenir de tout abus dans l'usage des consignes thématiques qui provoquent une rupture de la linéarité discursive* » (Blanchet & al., 1998, p.100). Ces interventions se distinguent en deux groupes : l'acte de langage accomplis par l'interviewer et l'instance discursive visée.

- Les actes de langage accomplis par l'enquêteur peuvent être : des réitérations (reprendre par la répétition l'énoncé de l'enquêté), des déclarations (donner son avis) ou des interrogations.
- L'instance discursive visée se compose de deux registres : le registre référentiel (il s'agit de ce dont on parle) et le registre modal (ce que l'on pense de ce dont on parle).

A partir de cela, chaque acte de langage peut se baser sur un registre référentiel ou sur un registre modal.

## **II. Notre démarche méthodologique**

### **1. La population**

Intéressées dans un premier temps par le seul domaine du bégaiement, nous avons rapidement rencontré des difficultés pour décrocher des entretiens avec les orthophonistes spécialisés (et ce pour diverses raisons, tant sur le plan personnel que professionnel). Face à cette problématique d'accès, nous avons décidé d'élargir notre population aux orthophonistes spécialisés dans d'autres pathologies, dans le but d'observer si nos analyses sur la coordination offre et demande dans le cadre du bégaiement pouvaient se généraliser à d'autres spécialités.

---

## **1.1. Les orthophonistes spécialisés**

Le choix des spécialités s'est effectué à partir de nos différentes observations rapportées de nos stages respectifs. Nous avons pu constater qu'il est très fréquent, lorsqu'il présente les pathologies qu'il prend en charge, que l'orthophoniste avoue éliminer volontairement la prise en charge de certains patients. Cela est très fréquent concernant le bégaiement et le domaine de la voix plus généralement : « moi je fais tout, sauf du bégaiement » peut-on alors entendre. L'idée de choisir d'étudier cette spécialisation, présente du départ, s'est donc affirmée.

Concernant les autres spécialités du métier, nos stages ont été déterminants. En effet, au cours de notre cursus universitaire nous avons eu l'occasion de travailler avec des orthophonistes qui ne souhaitaient prendre en charge que des personnes âgées et qui se disaient spécialisés dans un certain type de prise en charge, comme la rééducation de la mémoire par exemple (spécialité annoncée sur la carte de visite par ailleurs). De plus, il est courant de rencontrer des orthophonistes qui ne souhaitent pas prendre en charge cette tranche d'âge de la population. Cela peut être expliqué par le fait que l'orthophoniste est généralement associé aux troubles du langage des enfants et moins à ceux des adultes.

Il en est de même pour la troisième spécialité que nous avons choisi d'observer : c'est au cours de nos stages que nous avons rencontré des orthophonistes qui se spécialisaient dans la prise en charge de l'autisme et qui étaient reconnus comme tels par leurs collègues et les médecins.

Cette volonté d'observer ces pathologies en particulier est née d'un double constat. D'une part, nous avons considéré que ces pathologies pouvaient relever du domaine de la spécialité dans le sens où nous avons remarqué que les orthophonistes se revendiquaient spécialistes de ce domaine et où cela était attesté par leurs collègues ou médecins. D'autre part, le fait que ces pathologies étaient parfois exclues par les thérapeutes de leur champ de compétences (malgré le décret de compétences établi par leur diplôme) révèle bien le caractère particulier de ces pathologies et le besoin éventuel de se spécialiser pour les prendre en charge.

## **1.2. Les critères de sélection**

Concernant la population que nous avons cherché à interroger, nous avons ciblé des orthophonistes exerçant en libéral puisque la problématique d'orientation du patient ainsi que de leur choix de thérapeute n'est pas la même qu'en milieu institutionnel. Une exception à cela puisqu'une orthophoniste interrogée est aujourd'hui retraitée.

Nous n'avons cependant accordé aucune importance aux autres activités de l'orthophoniste comme d'éventuelles interventions à l'école d'orthophonie ou au cours de formations continues ou encore l'encadrement de stages ou de mémoires. Par ailleurs, la ville d'études ou d'exercice professionnel, l'âge, le sexe ou bien le milieu d'exercice (rural ou urbain) ne sont pas entrés en jeu pour sélectionner les orthophonistes.

Pour chaque pathologie, nous avons dans un premier temps contacté un orthophoniste reconnu dans le milieu professionnel comme étant un spécialiste. Par la suite, nous avons

---

procédé à un échantillonnage par réseau, c'est-à-dire qu'à la fin de chaque entretien nous demandions à l'orthophoniste de nous communiquer des noms de collègues qui pouvaient répondre à nos critères. Notre population s'est donc constituée sur la base des connaissances des orthophonistes qui nous ont à chaque fois communiqué des noms de collègues très connus dans le milieu professionnel ou bien des collègues faisant partie de leurs connaissances personnelles.

## **2. Le contrat d'entretien**

Nous avons pris contact avec les orthophonistes par téléphone pour la majorité d'entre eux. Trois exceptions à cela : deux orthophonistes nous ayant donné des cours à l'école d'orthophonie, nous sommes allées les rencontrer directement en leur expliquant notre sujet de recherche pour solliciter un entretien auprès d'eux. Concernant l'autre orthophoniste, il s'agissait d'une de nos maîtres de stage. La demande a donc été formulée au cours d'échanges concernant notre mémoire.

Il a été très délicat pour nous d'aborder et d'expliquer de manière détaillée le sujet de notre recherche aux orthophonistes, notamment suite aux premières difficultés rencontrées lors des prises de contact auprès des orthophonistes spécialisés dans le bégaiement. Nous avons donc volontairement donné le moins d'informations possibles dans le but d'éviter que notre interlocuteur ne prépare un quelconque discours en se représentant les thèmes qui pourraient être abordés lors de l'entretien.

« Pour instaurer un cadre contractuel initial, l'interviewer doit annoncer à l'interviewé les motifs et l'objet de sa demande, et garantir la confidentialité de l'entretien. Il doit répondre à deux questions souvent implicites :

- Pourquoi cette recherche ?
- Pourquoi cet interviewé ? » (Blanchet & Gotman, 2007, p.73)

Nous avons présenté par conséquent notre recherche comme une étude globale de la construction des réseaux dans un domaine d'intervention particulier en écartant volontairement toute référence à la sociologie économique.

## **3. Le déroulement des entretiens**

Nous avons rencontré les orthophonistes dans leur cabinet ou bien dans les locaux de la fac. En effet, l'une d'entre eux donnant des cours à la fac, il a été plus pratique pour elle de nous rencontrer à la fin d'un cours qu'elle donnait. Mis à part cette exception, les orthophonistes nous ont reçues dans leur cabinet pendant leur temps de travail ou bien à la fin de la journée. Ainsi, le temps accordé à nos entretiens a été très variable : de 40 minutes à 2 heures, selon l'emploi du temps des orthophonistes.

Nous avons choisi de les rencontrer sur leur lieu de travail pour des raisons pratiques en premier lieu, mais aussi pour les rencontrer dans leur contexte professionnel, cela permettant une production du discours plus aisée :

---

« Chaque lieu communique des significations qui sont susceptibles d’être mises en acte dans le discours de l’interviewé. Ainsi n’est-il pas indifférent un cadre d’entreprise dans son bureau ou chez lui, ou dans le bureau de l’interviewer. La situation commande des rôles et des conduites spécifiques. Dans son bureau, l’interviewé s’inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d’un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires » (Blanchet & Gotman, 2007, p.68)

Le plus souvent nous avons été reçues entre deux rendez-vous ou parfois à la fin de la journée. Nous devons noter l’impact que peut avoir le choix horaire sur l’entretien en lui-même. En effet, en fin de journée les orthophonistes avaient plus de temps à nous accorder puisqu’ils n’avaient pas rendez-vous avec un patient par la suite. Nous ne ressentions alors pas le besoin de nous presser pour poser nos questions et pouvions ainsi laisser le temps de la réflexion et des silences à notre interlocuteur plus facilement. Cependant, la fin de journée peut aussi marquer le temps où la personne souhaite quitter son lieu de travail pour rentrer chez elle : il nous est arrivé de ressentir une certaine fatigue chez quelques orthophonistes. Cela a peut-être eu pour conséquence un développement des leurs réponses moins important que pour les entretiens effectués en milieu de journée.

Nous avons entamé tous nos entretiens par la même question : « pouvez-vous nous relater votre parcours professionnel depuis votre diplôme ? ». Cela nous a permis d’obtenir dans les grandes lignes l’orientation professionnelle donnée à leur pratique à travers les différents postes occupés et les diverses formations continues suivies.

#### **4. Présentation des interviewés**

Nous avons enregistré nos entretiens au moyen de dictaphones pour nous simplifier la prise de notes et être plus présentes lors de la discussion. Par souci d’anonymat, nous avons modifié tous les noms des orthophonistes rencontrés.

Pour notre recherche, nous avons rencontré 13 orthophonistes ayant orienté leur pratique dans trois spécialités distinctes : l’autisme, les pathologies neurodégénératives et le bégaiement. Pour préserver l’anonymat des enquêtés, nous avons remplacé leurs noms.

Ainsi, parmi les orthophonistes spécialisés dans l’autisme, nous avons pu rencontrer :

- Mme Marseille : orthophoniste retraitée, diplômée en 1970. Il s’agit d’une des pionnières dans la prise en charge des enfants autistes dans la région Rhône-Alpes. Elle a fortement contribué à la création du Centre Ressource Autisme et est formatrice CCC. Elle a donné des cours à l’école d’orthophonie de Lyon concernant la prise en charge des handicaps et elle a également encadré de nombreux mémoires.
- Mme Brest : diplômée de l’école de Lyon en 1995, Mme Brest a réalisé son mémoire de fin d’études sous la direction de Mme Marseille dont elle a été la stagiaire puis la collaboratrice.
- Mme Lille : orthophoniste ayant effectué ses études en Belgique. Après avoir exercé à Paris en tant que collaboratrice, elle a ouvert son propre cabinet à son

---

arrivée à Lyon en 2010. Mme Lille a suivi de nombreuses formations pour la prise en charge de l'autisme.

- Mme Lyon : diplômée en 2010 de l'école d'orthophonie de Lyon. Elle a travaillé pendant deux ans à mi-temps en institution auprès d'enfants autistes (ce qui lui a permis de suivre de nombreuses formations) et à mi-temps en libéral dans un cabinet qui accueillait beaucoup d'enfants porteurs de handicap. Mme Lyon est aujourd'hui installée dans son cabinet libéral en milieu rural proche de Lyon.
- Mme Nancy : orthophoniste diplômée de l'école de Lyon, elle a commencé à exercer en libéral avec des patients tout-venants. C'est en reprenant la patientèle d'une collègue qu'elle a débuté les prises en charge d'enfants autistes.

Nous avons également pu nous entretenir avec des orthophonistes spécialisés dans les pathologies neuro-dégénératives :

- Mme Moulins : orthophoniste installée en libéral dans un cabinet situé en milieu rural. Elle travaille en étroite collaboration avec les hôpitaux et les centres mémoires et a de nombreux contacts avec les médecins prescripteurs.
- Mme Rennes : installée en cabinet libéral dans le centre de Lyon, elle a suivi de nombreuses formations concernant la prise en charge des pathologies neuro-dégénératives.
- Mme Nantes : diplômée de l'école d'orthophonie de Lyon, Mme Nantes travaille dans un cabinet libéral dont elle a repris la patientèle aujourd'hui constituée en grande partie de personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives.
- Mme Quimper : orthophoniste libérale en milieu rural, elle intervient dans des EHPAD et suit également des patients à domicile. Elle a travaillé dans un hôpital gériatrique et donne aujourd'hui, en plus de son activités professionnelle, des cours à l'école d'orthophonie de Lyon concernant les pathologies neuro-dégénératives entre autres.

Enfin, dans le domaine du bégaiement nous avons rencontré :

- M. Orléans : orthophoniste diplômé de l'école de Lyon en 2008, M. Orléans s'est installé en libéral à Lyon même. Il a suivi de nombreuses formations continues dans le domaine du bégaiement dans le but de se spécialiser.
- Mme Strasbourg : orthophoniste diplômée de l'école de Lyon, elle a travaillé à l'hôpital et en libéral. Elle a participé à la création de l'association Parole Bégaiement dans laquelle elle est très investie aujourd'hui encore. Elle dispense les cours concernant la prise en charge du bégaiement à l'école de Lyon et elle propose également des formations continues auprès des orthophonistes.
- Mme Toulouse : orthophoniste diplômée de l'école de Lyon, qui par son exercice en milieu rural, est amenée à prendre en charge une grande multiplicité de pathologies notamment le bégaiement.
- Mme Nice : orthophoniste diplômée de l'école de Lyon, Mme Nice a continué ses études par une thèse ayant pour objet de recherche le bégaiement. Parallèlement à cela, elle exerce en milieu libéral à mi-temps. Elle est chargée de dispenser des cours sur le bégaiement à l'école d'orthophonie de Lyon.

---

### III. L'analyse des résultats

Deux types d'analyse sont employés concernant l'analyse des discours produits par les enquêtés :

- L'analyse entretien par entretien dont « *l'unité de découpage est ici le fragment de discours portant une signification. Il s'agit de rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux hypothèses* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.93)
- L'analyse thématique dont « *l'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours. Chaque thème est défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement* » (Blanchet & Gotman, ibid)

Dans notre recherche, nous avons opté pour une analyse thématique dans le but d'analyser les différents discours recueillis pour un même thème. Dans un premier temps nous avons donc effectué une analyse verticale de chaque entretien afin de lister les différents thèmes abordés (ceux qui ont été introduits au moyen de notre guide d'entretien mais aussi ceux abordés spontanément par les enquêtés). A la suite de cette première analyse, nous avons comparé entre eux les réponses et discours obtenus pour un même thème. La grille d'analyse, « *à la différence du guide d'entretien qui est un outil d'exploration (visant la production de données) [...], est un outil explicatif (visant la production de résultats)* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.97).

Au cours de notre analyse, il a été primordial pour nous de garder à l'esprit l'idée que l'objectivité dans une analyse qualitative est une illusion. En effet, de par notre statut d'étudiantes en orthophonie, nos représentations peuvent nous entraver dans l'interprétation des données. De plus, la question de la spécialisation est relativement taboue au sein de la profession. Les réponses fournies par les orthophonistes peuvent alors ne pas être fidèles à leur point de vue réel mais plutôt se rapprocher du discours officiel tenu par les syndicats.

---

# **Chapitre IV**

## **PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS**

---

## **I. La conquête d'un segment de marché**

Nous allons analyser comment deux orthophonistes pionnières dans leur domaine d'investissement ont pu s'approprier progressivement un segment de marché. Nous verrons que cette appropriation s'accompagne de la création d'une rhétorique qui articule expertise et mobilisation pour reprendre les termes de Karpik (1989, p.198) et légitime leur compétence puis d'une mise en réseaux d'acteurs appartenant à leur monde professionnel, au milieu associatif ou au corps des médecins et adhérant à leur rhétorique.

### **1. L'inscription dans des segments de marchés nouveaux : des orthophonistes pionnières**

Au cours de nos entretiens avec les orthophonistes investies dans le domaine de l'autisme et du bégaiement, deux noms sont régulièrement revenus. Ces orthophonistes étaient alors unanimement désignées comme des références, des incontournables de la région lyonnaise dans leur domaine respectif. Lors des entretiens, toutes deux, Madame Marseille et Madame Strasbourg se sont présentées spontanément comme pionnières de leur domaine respectif. Leurs témoignages nous permettent finalement de décortiquer le processus de conquête d'un nouveau segment de marché en analysant les similitudes dans leur parcours : elles ont ainsi, à leur début, profité de leur proximité avec le corps médical et les institutions hospitalières puis ont cherché progressivement à s'affranchir de leur tutelle.

#### **1.1. L'onction médicale**

Ces deux orthophonistes ont toutes deux commencé, dans leur domaine respectif, en collaborant avec des médecins eux-mêmes investis dans ces domaines. Mme Strasbourg était, au moment où elle a commencé à s'intéresser au bégaiement, en exercice mixte : à la fois salariée au pavillon U de l'hôpital Edouard Herriot dans le service de phoniatry et à la fois en libéral. Son investissement dans ce domaine d'intervention commence quand un médecin hospitalier, qui voulait créer une consultation en bégaiement, c'est-à-dire un service innovant à l'époque, la sélectionne parmi ses collègues pour intégrer cette consultation :

« J'ai travaillé au pavillon U à Edouard Herriot pendant longtemps avec le docteur Cornu en service de phoniatry. Enfin pendant longtemps... J'ai fait mon stage de fin d'étude et j'ai travaillé pendant 15 ans dans le service de phoniatry et je m'intéressais au bégaiement mais pas plus que ça. Puis un jour Monsieur Morvan, mon patron de l'époque, me dit "Mme Strasbourg, -on était à peu près 25 orthophonistes dans le service- j'aimerais bien ouvrir une consultation de bégaiement et j'aimerais bien que ce soit vous" ».

De son côté, Mme Marseille s'est intéressée à l'autisme suite à un ennui dans sa pratique. Elle débute alors un stage au pavillon U et découvre des patients que sa formation initiale ne lui permet pas de comprendre :

---

« J'ai décidé d'aller participer à des consultations au pavillon U que tenait Mme Paule Aimard qui était pédopsychiatre. Elle recevait des enfants en consultation. Et au cours de ces consultations, j'ai vu des enfants très bizarres. Il faut savoir qu'il y a 20 ans, l'autisme, au niveau de l'école d'orthophonie, c'était la grande inconnue ».

La pédopsychiatre de ce service forme alors Mme Marseille à une conception de l'autisme considérant cette pathologie comme un trouble d'origine psychiatrique :

« Naturellement [la pédopsychiatre] m'a conseillé de lire. Donc qu'est-ce que j'ai lu ? Bettelheim. Dans ce livre j'ai cru comprendre que c'était la faute des parents, que c'était la faute de la mère en particulier. Bon. Je l'ai pris comme ça ».

Dans les deux cas, la constitution d'un segment de marché n'a été possible que grâce à leur proximité avec l'autorité médicale mais à la suite de ces rapprochements avec le monde hospitalier va s'articuler une volonté de découplage relatif à l'autonomisation de leur activité.

## **1.2. Du découplage relatif à l'autonomisation vis-à-vis des médecins**

Toutes deux s'écartent de l'autorité médicale et s'affranchissent petit à petit de leur dépendance vis-à-vis des institutions hospitalières en mobilisant une rhétorique sur leur expertise dont un des arguments principaux est la proximité avec la demande soit par le biais d'une association, soit par le biais des formations. Cette proximité constitue en effet une condition d'efficacité d'un segment professionnel (Paradeise, 1985, p.24).

Ainsi, conjointement à sa prise de fonction dans la consultation en bégaiement, Madame Strasbourg devient un des membres fondateurs de l'Association Parole Bégaiement en participant à la première conférence organisée :

« Je me suis investie dans l'APB tout de suite. J'ai eu de la chance parce que quand M. Morvan m'a demandé d'ouvrir sa consultation, ça correspondait pile à la conférence en 1992, la première conférence de l'APB. Donc j'ai été membre fondateur de l'APB et j'ai créé la délégation Rhône-Alpes qui a été la première délégation de France et qui reste toujours la première au niveau du nombre d'adhérents, de son importance ».

L'union des thérapeutes et des personnes qui bégaiement est un des objectifs premiers de l'Association Parole Bégaiement car elle affirme qu'une collaboration entre les différents acteurs impliqués permettait d'une part à l'offre de s'ajuster aux besoins de la demande et d'autre part, pour la demande, de voir ses besoins satisfaits :

« On se disait qu'on s'enrichissait vraiment les uns les autres à être ensemble et de toute façon une association professionnelle, on a les syndicats, on a tout ce qu'il faut. Pour le bégaiement s'il n'y a pas de personnes bègues, ça ne rime à rien. Il faut qu'il y ait des gens

---

concernés. C'est comme les associations pour les paralysés de France, il y a quand même des médecins dans l'association ».

Sa formation initiale étant très pauvre (« 6 heures de cours »), elle se tourne rapidement vers les formations continues et s'oriente notamment vers un DU de thérapie cognitivo-comportementaliste suite à une rencontre déterminante avec un médecin :

« M.Y., qui est thérapeute cognitivo-comportementaliste, psychiatre, ORL, neuropsychiatre qui est un gars qui est brillantissime. C'est grâce à lui si je suis devenue spécialiste du bégaiement et thérapeute cognitivo-comportementaliste et ça m'a donné des tas d'outils et pour le bégaiement et pour la thérapie de la voix » (Mme Strasbourg).

De son côté, Madame Marseille, à la fin de son stage reçoit rapidement un premier patient adressé par le pavillon U. C'est ce patient pionnier qui va venir bousculer Madame Marseille dans sa conception de l'autisme.

« Trois fois par semaine Bourgoin-Saint-Priest par tous les vents, par tous les temps : qu'il neige, qu'il vente, peu importe, la mère l'amenait. J'ai quand même remis en doute le livre que j'avais lu : je me suis dit "non, ce n'est pas possible, ce n'est pas une mère rejetante, c'est au contraire une mère très aimante". J'ai constaté, grâce à cette mère, que Bettelheim s'était foutu le doigt dans l'œil joyeusement. Pour moi ça n'était pas possible de continuer comme ça ».

De cette prise de conscience va émerger une volonté de s'affranchir de la conception dominante et de « la rééducation traditionnelle » : elle se positionne alors comme proposant une offre radicalement différente. La professionnelle accompagne alors la mère dans la formation de Théo Peeters (TEACCH) centrée sur une approche non plus psychanalytique mais cognitive : « *Donc un jour, la mère vient et me dit "je me suis inscrite à une formation avec Théo Peeters par le biais d'EDI formation" et là je me suis qu'il fallait absolument que j'y aille aussi* ». Aussitôt rentrée, elle met en pratique les enseignements reçus lors de sa formation théorique et « *en deux séances le gamin s'est calmé* ». Les résultats obtenus la confortent alors à pousser plus loin ses formations.

Cette formation a d'ailleurs un bénéfice secondaire considérable : elle se rend en effet visible aux yeux de la demande, connue par les parents présents à la formation comme une professionnelle partageant leur conception de l'autisme, proche de leurs valeurs et pouvant satisfaire leurs besoins spécifiques :

« Quand on assiste à une formation, même théorique, avec une foule de parents de la région, qu'est-ce qui se passe ? Le téléphone a sonné, sonné sans arrêt pour que je prenne des enfants autistes. J'ai décidé de continuer les formations, à la suite de ça, j'ai dû faire la formation pratique ».

L'autonomisation vis-à-vis des médecins passe donc par une revendication de leur compétence spécifique et efficace, fondée sur des savoirs techniques et de l'adéquation de cette compétence aux besoins de la demande.

---

## 2. La pérennisation du segment de marché

La revendication d'autonomie dans un segment de marché s'accompagne d' « *un travail d'argumentation auprès de différents publics [...] visant à construire la prestation comme réponse à un besoin, et la compétence comme nécessaire à la bonne réalisation de la prestation* » (Paradeise, 1985) : il s'agit tout d'abord d'informer la sphère médicale de sa compétence afin de la faire adhérer à la légitimité de sa pratique puis de convertir aussi de nouveaux professionnels à cette rhétorique qui s'articule autour de deux composantes essentielles : l'expertise et la mobilisation.

### 2.1. La constitution d'un réseau d'experts

Le réseau entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux joue un rôle important car le réseau social, ou plutôt la mise en réseaux des acteurs, pérennise le segment de marché : ces acteurs peuvent appartenir soit à la communauté médicale ou au milieu associatif (publics externes) soit à l'orthophonie (les publics internes).

#### 2.1.1. Les publics externes

Au début de sa pratique en autisme, Madame Marseille évoque une grande solitude dans sa pratique car elle est la seule professionnelle de santé sur la région lyonnaise à adopter une conception cognitivo-comportementaliste, solitude d'autant plus exacerbée qu'elle se voit, de fait, également écartée d'un réseau établi et dominant de professionnels de santé partageant une conception de l'autisme qu'elle, de son côté, combat et avec qui elle entre frontalement en concurrence : « *le tout premier CRA (je ne sais même pas si ça s'appelait comme ça) c'était à Villeurbanne le docteur H ? C'était la psychiatrie ... Ah ben oui, c'était un trouble psychiatrique. Là c'était bien noyauté* ». Elle subit des critiques qui définissent sa pratique comme relevant de croyances, hérétique et sans légitimité scientifique : « *moi je passais pour la grande prêtresse, la secte* ». Madame Marseille adhère pour surmonter cet isolement professionnel et ses accusations à une association formée par des parents d'enfants autistes.

Parallèlement, elle accroît son expertise en multipliant les formations auprès de Théo Peeters qui, plus tard, ayant la volonté d'identifier « *des filles qui avaient bien compris, qui étaient capables, quelque soit leur formation initiale, d'adapter ce programme* » lui propose de devenir formatrice. C'est ce statut de formatrice qui va lui permettre de rentrer en contact avec la sphère médicale et ses institutions : elle rencontre et forme ainsi des professionnels de la région lyonnaise notamment une pédopsychiatre. Progressivement, un réseau partageant sa conception de l'autisme se crée à Lyon et la légitimité de Madame Marseille est renforcée par la reconnaissance de la pédopsychiatre et des médecins la précédant qui lui adressent de nombreux patients :

« C'était le côté médical, c'était le côté reconnaissance par les médecins, donc le réseau s'est construit avec elle. Avec les personnes qui avaient été formées par la même équipe. Parce que la Tarantelle, Isatis ... ils ont tous été formés soit par Théo Peeters, soit par le CCC.

---

Donc il y a eu ces pôles : le pôle médical avec la Tarantelle et [la pédopsychiatre] : elle nous envoyait des patients etc. »

Madame Strasbourg, quant à elle, raconte qu'à son entrée dans le domaine du bégaiement, elle était la seule à proposer une rééducation spécifique et experte en exercice libéral : *« quand j'ai commencé à Lyon, ben oui je crois que j'étais un peu la première à m'occuper du bégaiement sur Lyon. Y'avait vraiment personne de très très formé à Lyon »*. Rapidement, elle connaît une explosion du nombre de demandes qu'elle explique exclusivement par ses différentes casquettes, celle d'orthophoniste salariée à l'hôpital et celle d'orthophoniste enseignante qui lui permettent d'être en contact et de construire des liens avec les médecins hospitaliers, les ORL et les pédiatres :

*« Les réseaux, sur Lyon, en étant orthophoniste hospitalière, orthophoniste enseignante, assez vite, vous avez tous les ORL qui passent par le pavillon U qui vous connaissent, qui se réinstallent après, tous les pédiatres aussi qui entendent parler de vous parce que "pour le bégaiement, voilà y'a Mme Strasbourg" et puis après ça fait boule de neige »*.

A la différence de Madame Marseille, elle n'évoque pas de concurrence avec d'autres professionnels lors de son entrée sur le « marché » du bégaiement en partie grâce à sa proximité avec un grand nombre de médecins du fait de son exercice en salariat à l'hôpital qui lui assurent une réelle crédibilité et auprès desquels elle peut asseoir son discours d'expertise et de légitimité notamment grâce aux formations qu'elle leur dispense :

*« J'ai participé à un enseignement des médecins pédiatres qui faisaient une formation en audio-phonologie. Je leur avais donné des infos sur le bégaiement, ça c'est vrai. Je pense que c'est vraiment le bouche à oreille entre médecins. J'ai jamais fait de pub en particulier »*.

Les deux pionnières amorcent donc un processus de mise en réseau des acteurs concernés par le domaine d'intervention, c'est-à-dire des acteurs appartenant à la sphère médicale mais aussi des milieux associatifs, processus qui aboutit à la création d'un segment de marché. Il leur faut maintenant s'entourer afin de répondre à la demande de professionnels proposant une offre similaire à la leur.

### **2.1.2. Les publics internes**

Simultanément, les deux pionnières sont incapables de répondre à une demande de plus en plus croissante et pressante, consécutive à la multiplication des intermédiaires du secteur médical et des milieux associatifs:

*« Je recevais tout ce qui était sur la région, c'est-à-dire que je drainais la Loire, l'Isère, le Rhône et un petit peu l'Ain ! Donc je croulais sous les demandes, je passais ma vie à fabriquer du matériel parce que quand on démarre comme ça et qu'il n'y a personne d'autre ... »* (Madame Marseille).

---

Elles vont donc toutes deux s'efforcer d'accroître le nombre de professionnels en les formant à leur conception de la pathologie et à leur pratique innovante, de créer une offre similaire à la leur pour venir éponger la demande trop importante : *« après j'ai eu des stagiaires, plein de stagiaires à qui j'ai essayé d'inculquer le virus »* ou encore :

« Donc, j'ai formé Madame D qui a été ma stagiaire, ma collègue et puis qui a suivi le diplôme de TCC dans la foulée parce que je lui ai dit "Madame D, si tu veux qu'on travaille ensemble, il faut que tu aies aussi un diplôme de TCC" et puis voilà j'ai formé pas mal d'orthophonistes qui sont sur la place de Lyon, oui ».

Si trouver des stagiaires adhérant à sa pratique est relativement simple pour Madame Strasbourg, Madame Marseille, elle, se heurte encore une fois à des résistances importantes notamment au niveau de l'université: *« parce qu'à l'époque, la mode à l'école d'orthophonie, c'était la psychiatrie ! Madame C [orthophoniste] régnait en maître sur la bulle autisme à l'époque et elle était dans l'interprétation, les grands trucs ... ça n'avait rien à voir ! »*. Au départ, elle a donc du mal à convertir les professionnels en devenant à la singularité de sa pratique et à sa conception de l'autisme : *« certains ont quand même enregistré et j'espère que peut-être ça leur est revenu plus tard mais je dois dire que ça a vraiment commencé à marcher avec Madame Brest, à son époque »*. Petit à petit, les stagiaires de première génération formant d'autres générations d'étudiants, le réseau d'orthophonistes prenant en charge des personnes avec autisme s'étoffe à Lyon : *« les stagiaires que j'ai formées il y a longtemps, en ont formé d'autres, ça a fait un effet boule de neige. Mais dans les plus anciennes, elles sont pratiquement toutes passées par [mon] cabinet »*. Madame Marseille utilise la métaphore de l'arbre généalogique pour décrire ce réseau et qualifie ses relations avec ses stagiaires de filiales, voire d'affectives :

« Moi je considère vraiment ça comme un arbre généalogique : un jour je suis allée au CRA et j'avais l'impression d'avoir toutes mes filles autour de la table, c'était un peu ça. Parce qu'il y avait mes anciennes stagiaires, les stagiaires de mes anciennes stagiaires etc. Moi je vois les choses comme ça ».

Au fil du temps donc, le réseau officieux, social et même dynastique des différentes générations de stagiaires, fondé sur des relations personnelles, devient finalement un réseau officiel et institutionnalisé de professionnels coordonnés dont les rencontres sont organisées par le CRA : *« Et la grande réussite, c'est quand maintenant, quand on va au CRA, la réunion des orthophonistes, il y a tout un réseau, il y en a 60% qui sont passées par ici et je pense que ça continue »*.

En créant un nouveau marché, les orthophonistes pionnières ont eu la volonté d'asseoir leur légitimité par une communication sur leur expertise auprès des associations concernées et des professionnels de santé puis de transmettre leurs savoir-faire, leur conception de la pathologie à d'autres orthophonistes. Elles ont ainsi constitué des segments professionnels qui mobilisent leur propre rhétorique de légitimité. Cette rhétorique s'articule autour de deux composantes *« l'expertise et la mobilisation »* (Karpik, 1989, p.198) qui fondent chez les professionnels le sentiment de compétence et que nous allons maintenant analyser.

---

## 2.2. La construction de l'expertise

L'expertise est, rappelons-le, « *un savoir codifié, rationalisé et transmissible* » (Karpik, 1989, p.198) : une connaissance considérable de la pathologie nourrie par un recours à la littérature scientifique comme des outils spécifiques et efficaces à la disposition des professionnels, le plus souvent acquis au cours de formations sont mobilisés dans le discours des orthophonistes spécialisés pour revendiquer leur expertise dans un domaine d'intervention. Le sentiment d'expertise, de compétence se développe pour les orthophonistes à différents moments de leur parcours biographique. Certains d'entre eux soulignent l'importance des stages :

« J'ai eu une solide formation à l'hôpital Debré parce que c'était dans le service d'évaluation des enfants sans langage, c'est le service de Loïc Gérard. Donc c'est quand même une référence et c'est vrai que là-bas j'ai vu plein de choses, j'ai eu l'occasion de faire passer des bilans ... Donc l'évaluation de l'enfant sans langage, ça c'est bon, je maîtrise bien et ça m'a vraiment beaucoup apporté » (Madame Nancy).

D'autres pensent que le mémoire qui demande un travail d'approfondissement au niveau de la théorie et un investissement auprès de la population concernée joue un rôle extrêmement formateur dans le processus du sentiment d'expertise : « *déjà comme vous faites votre mémoire sur deux ans, déjà votre mémoire, il vous donne un avis* ».

La formation continue est également investie par la plupart des orthophonistes que nous avons rencontrés comme essentielle parce qu'elle affine l'expertise, remet en question les pratiques, inscrit les professionnels dans une recherche constante de la qualité des services qu'ils proposent : « *Moi j'ai eu la formation en trois ans alors heureusement que j'ai fait mon DU, que j'ai fait mon AU d'exploration audio-vestibulaires. Heureusement que j'ai fait tout ça parce que sinon je ne sais pas où j'en serais* » (Madame Strasbourg), quitte, pour certaines d'entre eux, à les multiplier : « *je suis gavée de formations parce que j'ai eu la chance de m'en faire payer beaucoup* » (Madame Lyon). Les formations continues, selon eux, leur permet d'épouser la demande en proposant une offre plus satisfaisante, plus adaptée aux besoins individuels et donc spécifiques de chaque patient : « *en bégaiement c'est important de se former plus : il y a le DU, la formation lidcombe ... moi je les ai ! Je vais faire celle au lidcombe. C'est bien d'avoir plusieurs cordes à son arc et de jongler, de s'adapter au patient* » (Mme Strasbourg).

Chez certains professionnels, il existe quelquefois un véritable ciblage des formations continues sélectionnées rationnellement en fonction de la patientèle accueillie : « *je n'ai pas choisi de m'éparpiller, j'ai vraiment ciblé formation continue complémentaire en TED, en autisme* » (Madame Nancy). Une des orthophonistes illustre l'articulation entre sélection de la patientèle et sélection des formations : « *pas de demande au cabinet et donc pas de nécessité de se former mais inversement, je pense que pas d'ouverture à la formation donc porte fermée* » (Madame Nantes).

Diversifier ses formations selon les domaines d'interventions peut être considéré comme un investissement trop important autant financier que personnel : « *par exemple, logico-maths, d'une je n'aime pas ça, de deux je pense que ce serait quelque chose qui demanderait trop d'investissement pour pouvoir* » (Madame Lille) mais aussi comme une

---

dispersion qui est non porteuse de sens et surtout de bon sens dans le développement du professionnel :

« A un moment donné, vous faites des formations, normalement, pour vous améliorer. Ce que je veux dire c'est que, autant vous pouvez faire des formations très éclectiques, différentes voire même opposées ... autant vous pouvez faire des formations qui vont vous amener à approfondir, à devenir meilleures j'espère » (Madame Nantes).

D'autres pensent encore que les orthophonistes doivent investir ces formations et les utiliser ensuite, c'est-à-dire qu'être formé n'est pas toujours synonyme d'expertise si les outils acquis ne sont pas mobilisés ultérieurement ou intelligemment : « *C'est bien les formations mais si on tire rien à côté, on peut en faire 15 000 [...] je ralentis les formations parce que je sais que je n'en retirerai pas ce que je dois en retenir. A un moment, il faut être réaliste, c'est de l'énergie, c'est du temps, c'est du travail* » (Madame Lille).

Pour, Madame Marseille qui, cependant, rappelons-le, fait partie des orthophonistes « pionnières », les formations continues ne sont pas forcément nécessaires pour commencer à prendre en charge des enfants autistes : « *il faut y aller au culot ! Au début sans avoir de formation* ». Son argument principal est que, dans un contexte de lutte entre professions, ne pas accepter de prendre les patients, c'est prendre le risque de les voir « capter » par d'autres professionnels :

« A la fin de mon TD en trisomie, je disais toujours à la fin [en ce qui concernait les enfants autistes]: la première chose à faire, c'est de prendre en charge l'enfant. Et après, essayer de le faire évaluer par des gens qui ont la formation PEP. A Lyon ça peut être le CRA ... et puis vous téléphonez à vos anciennes maîtres de stage. Mais prenez-les parce que sinon ils vont filer en psychiatrie ».

Revendiquer une expertise performante notamment fondée des outils efficaces et spécifiques acquis au cours des formations rencontre un vrai engouement auprès d'une demande de plus en plus informée et qui, dans sa recherche du « bon professionnel » va en faire l'objet de revendication. Ces exigences sont particulièrement marquées en autisme : « *on m'a appelée en demandant : "est-ce que vous faites le PECS ? Quelles sont vos méthodes ?"* » (Madame Nancy). Pour l'une d'entre elles, ce type de demande est dérangeant puisque l'identité professionnelle de l'orthophoniste est assimilée à ses formations et à ses outils:

« Mais le revers de ça, c'est qu'il y a aussi des gens qui appellent en disant "moi je veux une orthophoniste ABA". Je refuse totalement, je suis orthophoniste quoi, je suis pas orthophoniste ABA, je ne suis pas TEACCH, il n'y a pas de règles, on n'a pas des œillères avec une seule façon de voir [...], je pense qu'il faut être très claire en disant : "oui, ça fait partie de mes formations, des outils qu'on peut avoir mais ça reste des outils" » (Mme Lille).

---

### 2.3. La construction de la mobilisation

La mobilisation, selon Karpik, s'appuie sur des « *savoir-faire informels et personnels* » (1989, p.198) revendiqués. Les orthophonistes que nous avons rencontrés qualifient certains de leurs savoir-faire voire certaines de leurs qualités personnelles comme spécifiques et nécessaires à leur domaine d'intervention même si cette spécificité est plus ou moins marquée selon le domaine. Il leur faut déployer de l'énergie, être en lien et travailler avec les différents partenaires intervenant auprès du patient, connaître le fonctionnement d'institutions, être intégré dans des milieux associatifs etc. Des qualités plus personnelles comme la disponibilité, l'investissement personnel, le travail sur soi-même et la communication voire même la défense des intérêts du patient, etc. sont régulièrement évoquées :

« Il faut assurer derrière en terme d'équipe de suivi de scolarité, ce sont des réunions ponctuelles, des appels téléphoniques pour les maîtresses ... choses qu'on ne va pas forcément faire pour un petit trouble articulaire. C'est un énorme investissement » (Madame Nancy).

Le savoir-faire le plus essentiel cependant est la capacité des orthophonistes à sélectionner leur patientèle. Certaines orthophonistes que nous avons rencontrés ont, au début de leur installation en exercice libéral, accepté le tout-venant : « *Quand j'ai commencé les deux-trois premiers mois, j'ai accepté franchement tout, de la voix, très vite je me suis dit "oulala"* » (Madame Lyon). Parce que cette patientèle hétérogène n'est pas vecteur d'épanouissement personnel, il y a ensuite chez les professionnels une volonté de sélectionner, de se concentrer sur la patientèle avec des caractéristiques particulières pour laquelle ils se considèrent comme compétents tout en écartant progressivement les autres pathologies :

« Du coup, j'ai forcément au début j'ai beaucoup plus d'autres parce que les demandes étaient beaucoup plus du tout-venant. Je dirais maintenant que je commence, je finis avec la plupart des patients avec qui j'avais commencé. La première année, les patients ont fini le travail et donc plus ça se renouvelle, moins j'ai d'autres patients » (Madame Lille).

Les orthophonistes considèrent que plus ils prendront de patients relevant de leur domaine d'investissement, meilleure sera leur compétence qui en s'affinant, les assure parallèlement de l'efficacité du traitement : « *c'est en forgeant qu'on devient forgeron. C'est très difficile d'être compétente dans tout* » (Madame Strasbourg). En plus de l'intérêt professionnel, avoir un nombre important de patients permet d'augmenter sa crédibilité et sa réputation vis-à-vis de ses différents publics :

« Parce que quand vous vous spécialisez, il faut que votre patientèle, elle soit à la couleur de ce que vous êtes parce que c'est ça qui vous donne du boulot, c'est ça qui vous donne des références donc si vous vous dites « spécifiques en autistes » et que vous avez deux gamins dans la semaine autistes ... ».

---

Mais pour Madame Lille, le nombre ne suffit pas comme garantie de l'expertise et donc de la réputation du professionnel :

« Après, je pense que le fait est que quand on a qu'un type de patient, on commence quand même à être plutôt spécialisé. Est-ce que ça suffit qu'on peut voir ces patients-là et penser qu'on est les meilleurs dans ce domaine-là ? Non. Notre métier nous apprend qu'il n'y a rien de fixe. C'est pas parce qu'on voit beaucoup de patients qu'on sait faire ça et qu'on sait bien le faire et qu'on saura toujours bien le faire ».

Même si les critères d'expertise peuvent varier d'un professionnel à l'autre, ils partagent néanmoins le sentiment d'être experts, d'être légitimes à prendre ce type de patient. Les orthophonistes mobilisent dans leur discours de légitimité l'expertise et la mobilisation nécessairement spécifiques à leur domaine d'investigation. Cette rhétorique est d'autant plus légitime qu'elle s'accompagne régulièrement dans les entretiens du récit de la satisfaction de leurs patients :

« En général, ça passe bien parce que le gamin, il a trois ans-trois et demi et moi je vais démarrer forcément du travail structuré. En général, c'est pas moi qui suis merveilleuse, c'est juste que je vais mettre en place deux-trois images ou du geste ou de l'échange d'objets et en fait, c'est juste que je suis la première à proposer ça. C'est pas moi qui suis fabuleuse puisque personne ne l'avait fait avant et en général, bizarrement, ça marche. Mais ça marche parce que les autistes, ça leur convient en fait. Donc en général, là, ils font bien confiance, on représente un lien assez fort » (Madame Lyon).

Finalement, parallèlement à la sélection d'une patientèle pour laquelle les orthophonistes revendiquent leur expertise, ils cherchent également à sélectionner des médiateurs susceptibles de leur fournir cette patientèle.

## **II. La construction sociale de la demande**

Nous avons pu constater que les patients sont très souvent en quête de médiateurs en ce qui concerne la prise en charge orthophonique, spécialisée ou non. Mais dès lors qu'ils se retrouvent propulsés dans le marché de l'orthophonie spécialisée, aux médiateurs standards vont se rajouter des médiateurs plus spécifiques à chaque pathologie qui guideront les patients.

### **1. Les médiateurs standards**

Avant de nous intéresser plus particulièrement aux orthophonistes spécialisés, nous avons noté l'existence de médiateurs dans la relation patient / orthophoniste « généraliste ». En effet, dans tout début de prise en charge, les parents des patients ou les patients eux-mêmes cherchent des interlocuteurs pour les aiguiller dans le marché de l'orthophonie, encore obscur à ce moment précis. C'est ainsi que Mme Toulouse, orthophoniste se

---

revendiquant « généraliste », nous explique quels sont les médiateurs auxquels elle a affaire :

« Oui parce que je ne suis pas dans l'annuaire. Maison de santé, ben les médecins. La maison de santé donne mon numéro et pour ceux qui ne savent pas, c'est Internet. Psychologue scolaire parce que je travaille beaucoup avec la psychologue scolaire de Crozon. Pas encore de Pont-de-Buis. Instits. J'ai eu trois demandes du coup de l'école de Pont-de-Buis parce que je travaille avec l'instit. Elle est contente du travail qui se fait. Les instits sont généralement très contents parce que très démunis, ils sont très contents qu'on les accompagne dans comment accompagner un enfant en difficulté ».

Ainsi, l'école, les institutions et les médecins généralistes deviennent des médiateurs dans la relation orthophoniste / patient.

### 1.1. L'entourage proche, le réseau personnel

Il arrive que les patients se tournent vers leurs connaissances personnelles lorsqu'ils sont à la recherche d'un thérapeute. Ainsi, Mme Nancy affirme que ce qui l'a fait connaître, au début de son installation,

« c'est vraiment le bouche à oreille. Après ça a été exponentiel. C'est-à-dire que dans les premiers temps il y avait ... que je ne vous dise pas de bêtise ... J'ai récupéré la patientèle de ma copine et puis après c'est vraiment le bouche à oreille : des mamans qui étaient satisfaites de mon travail, des progrès de [leur] enfant, qui ont donné mon nom [...] je pense surtout que c'est le bouche à oreille des parents qui est très important ».

Pour Mme Nantes, le bouche à oreille consiste à interroger des personnes proches, que l'on connaît et avec lesquelles il est facile d'être en contact : « *c'est par oui-dire [c'est-à-dire] "ma voisine m'a dit que son beau-frère"* ». Cette facilité d'accès à l'information nous est confirmée par Mme Rennes :

« Et puis y'a un pharmacien qui m'a envoyé. Je le connais pas en plus, je sais pas pourquoi il me l'a envoyé mais ... je sais pas ... je crois que c'est le bouche à oreille. Après les gens se parlent, parlent à leur pharmacien et puis du coup, leur pharmacien parle à quelqu'un d'autre [...] Je pense que c'est plus en en parlant avec leurs amis, avec leurs connaissances. Tout le monde connaît une orthophoniste ou presque. Du coup, ils se parlent entre eux ».

Pour les orthophonistes, le bouche à oreille est un paramètre qui est difficilement contrôlable : ce sont les patients qui vont chercher l'information auprès des personnes de confiance et il est alors impossible pour le thérapeute d'exercer une quelconque influence et parfois d'en comprendre tous les mécanismes, Mme Rennes qualifiant même ce phénomène de « *mystérieux* ». M. Orléans nous relate également le caractère exponentiel du bouche à oreille, précédemment évoqué par Mme Nancy : « *Le bouche à oreille c'est,*

---

*pour moi, à la vitesse des ondes : une maman d'un enfant bègue va de toute façon, d'une façon ou d'une autre, rencontrer quelqu'un qui connaît quelqu'un, qui connaît quelqu'un, qui connaît quelqu'un ... ».*

## **1.2. L'école, le premier prescripteur des patients enfants**

Dans le domaine du bégaiement, il est très fréquent que ce soit les instituteurs qui alertent les parents sur un trouble du langage et de la communication de l'enfant. Ce sont en effet les personnes qui passent le plus de temps dans la journée au contact de l'élève et ils sont donc souvent amenés, en comparaison avec les autres élèves de leur classe, à détecter un problème. Bien souvent donc, la plainte émane prioritairement de l'école et les orthophonistes ont tout intérêt à être en contact avec les intervenants scolaires. C'est ce que relate M. Orléans :

« Les réunions scolaires, faut y aller. Un directeur d'école, c'est un prescripteur number one. Les maîtresses, pareil, ce sont les prescripteurs numéro 1. Là, elles m'appellent "voilà, j'ai un petit, on fait de la phono mais ça ne marche pas "».

Mme Nancy, nous a expliqué comment ces intervenants ont eu connaissance de son nom :

« Alors c'est vrai que j'assiste, j'aime vraiment travailler en partenariat donc j'assiste beaucoup à des équipes pédagogiques dans des écoles où généralement des fois il y a des médecins de PMI, y'a des pédopsychiatres ... donc je me suis fait connaître comme ça ».

Le contact lors des réunions scolaires, les nombreux échanges concernant les aménagements possibles à mettre en place ainsi que l'école en tant que lieu où le bouche à oreille entre parents est possible, sont autant d'éléments qui permettent aux orthophonistes de se faire connaître et d'être recommandés auprès des parents en recherche d'un thérapeute pour la prise en charge de leur enfant. En plus de ces différents dispositifs, il arrive, comme nous l'a confié Mme Nice, que les orthophonistes fassent connaître leur travail et informent les futurs enseignants sur les difficultés que leurs élèves pourraient rencontrer :

« On donne des cours à l'ESPE [école supérieure du professorat et de l'éducation] mais que depuis cette année donc pour l'instant on n'a pas des instits qui nous en envoient que pour ça [...] on fait tous les troubles du langage à l'école maternelle et on insiste beaucoup sur le bégaiement ».

Le fait d'informer les futurs enseignants et de les sensibiliser au bégaiement fera potentiellement d'eux de futurs adresseurs. Ainsi, ils sauront reconnaître la pathologie et pourront orienter l'enfant vers le professionnel adéquat.

Pour les orthophonistes, il est essentiel d'entretenir de bonnes relations avec les instituteurs et les directeurs d'école en raison de la place importante que ceux-ci occupent auprès des parents concernant leur choix de thérapeute. En effet, dans le cas où ces adresseurs n'obtiennent pas satisfaction, ils peuvent décider d'orienter les patients vers

---

d'autres professionnels. Cela est possible puisqu'ils ont généralement connaissance de nombreux autres orthophonistes exerçant dans le quartier (par le bouche à oreille ou parce que ces derniers les ont justement démarchés). Ainsi, Mme Quimper explique les changements qu'elle observe dans sa patientèle suite au changement d'opinion des instituteurs à son propos :

« Je ne vois pas tous les enfants du village ou du village voisin, loin s'en faut ! Par contre je vois des enfants de villages plus loin. Alors pourquoi ? Parce que je pense que j'ai, à un moment donné, mieux répondu à la demande ou aux attentes des enseignants de l'école, de telle école et puis que telle école "ah ben non, finalement, y'a quelqu'un de plus compétent qu'elle ailleurs, donc on va envoyer les enfants ailleurs". Donc c'est vraiment ... ça évolue : à un moment on a les enfants de toute une école puis l'école voisine, personne. Puis hop, il suffit qu'il y ait un enfant qui vienne de cette école-là, de ce village-là puis que les parents parlent ... c'est le bouche à oreille ! ».

Si les orthophonistes ne répondent pas aux attentes de leurs adresseurs, il est évident pour eux que cela se ressentira au niveau de leur patientèle. Ainsi, M. Orléans nous explique ce « devoir » de satisfaction :

« Et à l'inverse c'est pareil, il faut faire très attention à être là quand ils ont besoin de vous quand ils [l'école] demandent quels aménagements on va pouvoir faire. Il faut vraiment être là parce que ça n'est pas qu'une question de ... comment je pourrais dire ? Marketing ? Non pas ça le mot, ça n'est pas du service après vente, en terme commercial. Mais vous avez cette part là qui n'est pas loin quand même. Vous avez une entreprise donc il faut que les gens soient satisfaits ».

### **1.3. Les médecins prescripteurs**

Avant toute prise en charge, le patient va devoir passer par une visite chez son médecin traitant afin d'obtenir une ordonnance lui permettant d'être pris en charge pour une rééducation orthophonique. Ainsi, le médecin va jouer un rôle de médiateur entre l'orthophoniste, spécialisé ou non, et le patient, perdu dans l'opacité du marché de l'orthophonie. En effet, selon Buan et Kervevan (2013), le médecin appartenant au monde médical, le patient sera plus disposé à le questionner dans le but d'obtenir des conseils qui le guideront dans son choix de thérapeute. La relation entre un médecin et son patient étant généralement établie de longue date, la confiance qui en résulte est l'une des principales raisons (avec les compétences professionnelles attestées du généraliste) qui pousse le patient à se tourner vers ce soignant pour obtenir des réponses à ses questionnements. Dès lors, les orthophonistes ont tout intérêt à prendre contact avec ces prescripteurs dans le but de présenter leur travail et de mettre en valeur le service qu'ils proposent s'assurant ainsi une reconnaissance professionnelle au sein de leur réseau d'adresseurs qui véhicule leur réputation.

Dans le parcours de soin du patient, le médecin généraliste est, très souvent, le premier interlocuteur rencontré. Pour Buan et Kervevan, *« face à une plainte, le médecin est l'unique initiateur et le principal décideur quant à l'utilité d'un bilan puis plus tard d'une*

---

*prise en charge - orthophonique ou autre » (2013, p.48). Au moment de la prescription, l'avis du médecin, personne de confiance, va alors être sollicité par le patient en quête d'un thérapeute. Pour Mme Nice, il ne fait aucun doute qu'« à partir du moment où un médecin va recommander [...] le patient ne va pas chercher beaucoup plus : il fait confiance à son médecin ! ». Le médecin a alors un statut de délégué principal pour les patients. Du fait qu'il les suit depuis de nombreuses années, la relation de confiance qui s'est établie conduit tout naturellement les patients à se laisser guider par ce praticien : « au départ, je pense que parce qu'on leur donne mon nom, y'a un médecin à qui ils font confiance qui leur donne mon nom et qui dit "elle sait faire, elle a l'habitude" » (Mme Lyon).*

Le médecin prescripteur pourra orienter vers tel ou tel orthophoniste selon sa propre expérience :

« Et puis à côté de ça, il y a des patients qui, par ouï-dire, par connaissance ou par réseau médical, sont orientés spécifiquement ici parce que les médecins ont eu connaissance de mon travail avec les adultes, par exemple, et du coup voilà "je vous adresse tel patient parce que vous avez vu Mme Untel ou M. Untel et j'aimerais que vous puissiez proposer quelque chose de similaire"» (Mme Nantes).

Mais pour orienter ses patients vers un orthophoniste, encore faut-il que le médecin connaisse ce thérapeute. Ainsi, les orthophonistes vont adopter la démarche d'entrer en contact avec les généralistes de leur secteur dans l'espoir qu'ils suggèrent leur nom si les patients leur demandent des recommandations. En effet, certains orthophonistes, de par leur travail antérieur, ont déjà dans leurs connaissances un certain nombre de médecins susceptibles de leur adresser des patients :

« Les réseaux, sur Lyon, en étant orthophoniste hospitalière, orthophoniste enseignante, assez vite, vous avez tous les ORL qui passent par le pavillon U qui vous connaissent, qui se réinstallent après, tous les pédiatres aussi qui entendent parler de vous parce que "pour le bégaiement, voilà y'a [Mme Strasbourg]" et puis après ça fait boule de neige ».

Mais pour d'autres, comme Mme Lyon, orthophoniste spécialisée dans l'autisme et installée en milieu rural, la priorité lors de l'installation et du début de l'exercice professionnel est de se faire connaître auprès des médecins et d'opérer, ce qu'elle nommera elle-même, un démarchage :

« Quand on crée un cabinet et qu'on arrive dans un endroit [...] quand on s'installe même ici où il n'y a pas d'orthophonistes tous les cent mètres, on peut vite être rempli mais pour ça il faut faire un bon travail de réseau, c'est compliqué. Ça prend du temps mais faut démarcher quoi. Pédiatres et [...] faut se vendre et en fait, tous les pédiatres sont pas du tout au clair avec ça en fait, moi quand je suis allée en voir, y'en a beaucoup qui sont pas au courant de ce qu'on fait, y'en a beaucoup qui de toute façon nous prennent pour des débiles, "un enfant de deux ans qui parle pas, c'est quand même pas très grave !", et puis on va pas vous les envoyer ».

---

Ainsi, les orthophonistes vont avoir une démarche d'information auprès des médecins concernant leur pratique : « *On [avec sa collègue] est allées voir des médecins. Genre on a vu 4 médecins d'un seul cabinet. Du coup ils nous en envoient [...] on se présente et on présente nos activités* » (Mme Nice). Mme Toulouse, également certaine de l'efficacité de cette démarche auprès des médecins, va chercher à restreindre ses demandes en limitant et en sélectionnant les informations transmises :

« Un travail d'information au niveau des troubles cognitifs que je n'ai pas TROP fait parce que je ne peux pas répondre. En fait, ça m'embête de dire "*on est habilitées à faire ci, à faire ci, à faire ça*" alors que je peux pas recevoir les patients. Donc j'ai un peu limité. J'avoue, j'ai pas été trop informer de tout ce qu'on pouvait faire parce que je ne pourrai pas, il faudrait qu'on soit deux ou trois orthos ».

De manière plus implicite, les orthophonistes cherchent à orienter le médecin vers les pathologies qu'ils prennent en charge. Dans leur discours, ils feront alors ressortir leur spécialité pour ainsi éviter une patientèle tout-venant :

« Dans le souvenir que j'ai de m'être présentée aux médecins, principalement aux médecins d'ailleurs, qui sont les prescripteurs, vous vous faites connaître quoi ! Vous dites qui vous êtes, ce que vous savez faire et à quoi est-ce que vous pourriez leur être utile, à eux. Je n'ai probablement pas dit que je m'occuperai d'enfants ou de personnes bègues ou ... mais voilà. J'ai dit ce que je savais faire, je n'ai pas dit "*envoyez-moi spécifiquement des gens comme ça*", j'ai dit "*ça, je suis à l'aise par rapport à ça : je connais quelque chose ; ça, pas du tout*", probablement » (Mme Nantes).

Mme Rennes nous a également tenu ce discours :

« Ben quand je suis arrivée, je leur ai envoyé une lettre pour me présenter et puis dire ce que j'aimais faire. Mais je ne suis pas sûre que ce soit ça qui joue. Après, il faut faire ses preuves après. Si ça se passe bien avec une personne, ils en ont forcément l'écho puisqu'ils les suivent beaucoup les gens [...] Je ne suis pas là depuis très longtemps mais les généralistes ils ont compris que ça me plaisait cette pratique et du coup ils m'en adressent ».

Contacter des médecins par le biais de formations qui leur sont destinées est un autre moyen d'intégrer un réseau. Mme Marseille, au début de son exercice a eu cette opportunité :

« Une fois j'ai été amenée à faire une communication avec des pédiatres. C'est un ORL qui avait organisé ça parce qu'on trouvait, pour les pédiatres à l'époque, si le gamin mangeait bien et était en bonne santé, on ne voyait pas les autres problèmes. Donc l'ORL m'avait dit : "*moi je vais parler de la surdité et toi tu peux parler de l'autisme*". C'était une conférence d'une soirée avec des pédiatres ».

---

Inévitablement, les médecins garderont en tête le nom de l'orthophoniste intervenant et seront plus enclins à diriger leurs patients vers cette orthophoniste. Mmes Marseille et Strasbourg nous indiqueront même l'effet « *boule de neige* » de cette méthode : les médecins peuvent échanger entre eux par la suite des informations qui ne seront pas remises en cause puisqu'il existe une confiance mutuelle entre pairs : « *parce qu'il n'y a rien de mieux qu'un médecin pour expliquer à un autre médecin. Parce qu'une orthophoniste expliquer à un médecin ... bon !* ».

Les médecins, par retour des patients ou par évaluation de leur progression suite à une rééducation orthophonique, vont pouvoir juger de la qualité de prise en charge de l'orthophoniste et chercheront ainsi à poursuivre cette collaboration :

« Après ce qui se passe, un médecin que j'avais déjà rencontré envoie un patient, on lui envoie un bilan, après je pense qu'il y a un lien qui peut potentiellement se créer et si ça va bien, ça a tendance de se renouveler. Je dirais que maintenant, c'est toujours les mêmes personnes qui m'envoient des patients. En tout cas, maintenant, j'ai pas de patients qui arrivent par hasard » (Mme Lille).

Il est ainsi essentiel pour les orthophonistes d'entretenir de bonnes relations avec ces adresseurs, relations essentiellement entretenues par la transmission des comptes-rendus de bilan, orthophoniste et médecin se rencontrant rarement directement. Il est donc primordial que les courriers soient relativement clairs et accessibles pour les médecins, qu'ils aient un retour leur confirmant qu'ils ont fait le bon choix en recommandant cet orthophoniste et qu'ils pourront le réitérer à l'avenir.

« Après, moi, à partir du moment où j'ai un patient qui va être vu ou qui a été suivi, j'envoie les bilans donc je dirais qu'après c'est une question de boucle au bout d'un moment, le domaine de l'autisme et même de l'orthophonie en général est quand même très serré [...] c'est ça qui est un peu stressant au début. Et puis les premiers bilans à envoyer surtout dans des cas qui sont un peu pas classiques. Ouais, franchement, j'ai encore peur quand je les envoie parce qu'on sait justement que c'est un milieu petit donc on sait que ça va mais que ça peut aussi ... » (Mme Lille).

Une fois les orthophonistes implantés dans un réseau, ils devront également développer des compétences relationnelles afin de maintenir un contact et une relation satisfaisante avec leurs adresseurs. Ils doivent sans cesse entretenir ces relations car dans un contexte de concurrence, les adresseurs peuvent se détourner d'eux au profit d'autres thérapeutes :

« Les médecins, eux, ils ne vous oublient pas s'ils ont des bons comptes-rendus, si vous les appelez de temps en temps pour leur dire "je vous remercie, vous m'avez adressé tel patient, voilà, je voulais vous dire que ..." [...] c'est vous qui comptez, d'abord et avant tout votre relationnel parce qu'il y a un terrain de confiance qui doit se mettre en place rapidement, assez vite. Et ils vous sentent ou ils ne vous sentent pas et vous pareil : il y a des médecins que je n'ai pas senti du tout ... ça compte, vraiment je crois que ça compte » (M. Orléans).

---

Les orthophonistes, afin de pouvoir attirer à eux les patients recherchés, sont donc les acteurs de la création de leur propre réseau. C'est ce que nous a expliqué Mme Lille : « *Par contre, ce qui est vrai, il y a un lien à créer, c'est-à-dire, on n'ouvre pas un cabinet et on n'attend pas que ça arrive non plus* ». Pour cela, nous avons constaté que tout orthophoniste met en place diverses stratégies pour constituer sa patientèle : compétences professionnelles et relationnelles, création et entretiens d'un panel d'adresseurs ... Mais ces adresseurs sont souvent les mêmes pour les orthophonistes, spécialisés ou non. Lorsque la plainte est particulièrement ciblée sur une pathologie donnée, nous allons voir que les adresseurs sont eux aussi « spécialisés », qu'il existe des institutions référentes propres à chaque pathologie.

## **2. Emergence d'institutions particulières aux segments professionnels**

Lorsque la plainte est ciblée sur un domaine d'intervention orthophonique particulier, le patient est, pour reprendre les termes de Pascale Trompette (2005), « *en proie à l'égarement* » face à l'opacité du marché au sein duquel il se retrouve propulsé. Le patient, consommateur de soin ayant besoin d'une qualification de l'offre, se met alors en quête d'intermédiaires pouvant le guider dans son choix thérapeutique. Suite à nos entretiens, nous avons pu constater qu'en plus des adresseurs « standards », les orthophonistes spécialisés font partie d'un autre type de réseau, plus construit et structuré autour de leur domaine d'intervention. En effet, une forte majorité de patients arrive chez l'orthophoniste après avoir transité par des centres référents ou bien des associations. Ces institutions particulières vont se constituer une liste de professionnels qu'elles pourront indiquer aux patients. En plus de ces institutions, nous verrons que les réseaux évoluent au fil du temps, notamment avec l'apparition de nouveaux médiateurs comme Internet.

### **2.1. Les institutions**

#### **2.1.1. Le centre ressource autisme (CRA)**

Dans le domaine de l'autisme, beaucoup de parents d'enfants se rapprochent du Centre Ressource Autisme dans le but d'être informés des différentes alternatives de trajectoires de soin. Lorsque le diagnostic d'autisme est posé et suite au choc qu'il représente pour les parents, ceux-ci sont alors dérouterés dans la marche à suivre pour la prise en charge de leur enfant. Ils vont donc chercher conseil auprès d'une institution reconnue dont la réputation n'est plus à démontrer : « *Alors ils avaient appelé le CRA qui leur avait donné des listes d'orthophonistes qui pouvaient travailler avec des enfants ayant ce profil* » (Mme Nancy). Aujourd'hui, aux dires de Mme Marseille, une des orthophonistes pionnières dans la prise en charge de l'autisme dans le Rhône, « *les parents s'adressent au CRA et le CRA redistribue* ». Ainsi, grâce à un système de réseau en étoile, quasiment toutes les demandes transitent vers le centre ressource qui a un rôle de redistribution : « *Le CRA est une bonne plateforme. Ben des parents qui sont en difficulté contactent le CRA, le CRA leur fait passer la liste des orthophonistes répertoriées comme prenant en charge des autistes* » (Mme Nancy).

---

Pour les orthophonistes souhaitant travailler avec des enfants autistes, il est donc primordial de se faire connaître de ce centre afin de faire partie de la liste détenue par le CRA et des structures partenaires :

« Je me suis fait connaître par des structures à proximité ou un petit peu plus loin. Donc il y a l'ITAC à proximité, des pédopsychiatres et puis il y a le CEDA aussi. Je suis connue du CEDA aussi. Vous savez, c'est le centre d'évaluation et de dépistage de l'autisme » (Mme Nancy).

Toutes les institutions considérées comme des centres référents dans le milieu possèdent donc une liste des professionnels de soin intervenant dans le domaine de l'autisme. Ces listes sont constituées au fil du temps, les orthophonistes étant eux-mêmes acteurs de leur appartenance à ce réseau.

De plus, il n'est pas rare que des patients arrivent par hasard à leur cabinet avant un diagnostic :

« Alors, parfois, on a encore des autistes qui arrivent par hasard. Ça arrive encore. Untel qui a conseillé de venir ici etc. et il se trouve que le gamin hurle que machin et du coup, nous forcément on y voit des autistes parce qu'on connaît un petit peu. Et après, c'est nous qui orientons vers l'hôpital, vers des lieux de diagnostic et que voilà » (Madame Brest).

En les poussant à aller chercher un diagnostic, les orthophonistes s'assurent auprès de centres de diagnostic une reconnaissance de leur expertise. C'est elles qui les ont dépistés les premières. Or nous l'avons vu avec Castel, ces échanges de patients sont fondamentaux dans les réseaux sociaux. En envoyant des patients à des centres de diagnostic, elles peuvent s'attendre à ce que le centre leur envoie à leur tour des patients. C'est finalement proche d'un système de don/contre-don qui ne fonctionne que si tous les partenaires jouent le jeu, un jeu réciproque et désintéressé.

### **2.1.2. L'hôpital gériatrique**

Dans le domaine des pathologies neuro-dégénératives, il peut arriver que les patients aient pour premier interlocuteur un neurologue travaillant dans un hôpital ou un centre référent. La prise en charge peut parfois même débuter dans l'institution pour se poursuivre en libéral. Dans ce cas, et le plus généralement, les hôpitaux aident les patients dans la recherche de leur thérapeute, cela pour assurer une continuité dans le soin :

« Quand on cherche un orthophoniste – je vais vous parler quand je travaillais en gériatrie – on a un patient qui doit sortir : il faut qu'il soit suivi. Par qui ? Il va rentrer dans son village. Ben il faut déjà, si on fait toutes les orthophonistes des alentours, on y passe un temps infini. A un moment donné, y'en a un qui nous dit : "ah ben oui, moi je peux". Ben on va le noter quelque part pour que le prochain ... Voilà ! C'est comme ça que ça se constitue les listes, c'est pas forcément du favoritisme. C'est simplement que lui m'a répondu "oui" et puis les cinq

---

autres m'ont répondu "non", donc la fois suivante, je vais appeler celui qui m'a répondu "oui" » (Mme Moulins).

On assiste donc à un travail de collecte des noms pour faciliter l'orientation des patients et des listes de thérapeutes sont alors constituées de manière informelle : *« je pense que si les secrétaires [des centres référents] font bien leur boulot, quand elles reçoivent les lettres [les comptes-rendus des orthophonistes], elles doivent repérer les noms, les adresses, les secteurs ... je pense ! »* (Mme Moulins).

Mme Rennes, ayant elle aussi travaillé en hôpital gériatrique, décrit ce même type de fonctionnement pour lister les orthophonistes selon les pathologies qu'ils acceptent de prendre en charge :

« Moi, je faisais carrément les démarches pour les chercher les orthophonistes parce que là c'était particulier. Je faisais beaucoup de rééducations, bilans de la déglutition et du coup dans le domaine de la dysphagie, c'est compliqué de trouver des collègues qui veulent bien s'y mettre. Et en plus, les gens [...] en général, ils font pas les démarches pour chercher. Alors du coup, c'est moi qui cherchais, je passais plusieurs coups de fil, j'en trouvais deux-trois qui me disaient oui et je donnais les noms au patient. Après je ne sais pas trop trop pour la suite, c'était à la personne de contacter, de mettre en route la suite. J'avais une liste, au bout d'un moment, j'avais une liste ».

Concernant le domaine des pathologies neuro-dégénératives, nous avons pu constater un réseau constitué essentiellement par l'usage de listes. Les orthophonistes sont essentiellement en contact avec des médecins prescripteurs (neurologues ou généralistes) qui sont au centre de la prise en charge médicale en raison de l'âge de leur patient. De fait, les centres référents et hôpitaux vont prendre en charge le suivi des patients et les orienter vers des professionnels « de confiance », c'est-à-dire vers des orthophonistes assurant prendre en charge la pathologie dont souffre le patient afin que celui-ci ne connaisse pas de rupture de soins.

### **2.1.3. L'association Parole Bégaiement**

Concernant la prise en charge du bégaiement, beaucoup d'orthophonistes sont réticentes à prendre en charge le bégaiement car elle considère cette pathologie comme étant complexe dans la rééducation. Ainsi, la plupart du temps, les parents vont devoir activement chercher par eux-mêmes un professionnel acceptant la prise en charge. Suite à ces recherches, ils peuvent avoir connaissance de l'Association Parole Bégaiement qui regroupe des personnes qui bégaiement, leurs proches mais aussi des thérapeutes. Dès lors, les parents pourront entrer en contact avec ces médiateurs qui les orienteront vers des soignants faisant partie de leur réseau.

Mme Strasbourg nous a expliqué le fonctionnement de l'Association Parole Bégaiement (APB) et comment elle recensait les orthophonistes prenant en charge le bégaiement :

« L'APB, sur son site, met les adresses des délégués départementaux et régionaux de l'association qui sont en principe des binômes mixtes avec

---

un thérapeute, une personne bègue ou un parent. Et ces thérapeutes, ces délégués, ont normalement les coordonnées des personnes formées et intéressées par le traitement du bégaiement dans leur département ou leur région »

Cette sectorisation de l'association rend donc plus aisé le travail de recensement et permet aux patients de trouver rapidement un thérapeute qui soit le plus proche possible de chez eux : *« les délégués de leur département [...] ont comme consigne de donner les thérapeutes les plus proches, formés au bégaiement pour que les gens n'aient pas à faire des kilomètres ».*

Les orthophonistes cherchent donc à se faire connaître de l'APB et à être recensés auprès des délégués régionaux pour espérer un adressage de patient. Nous avons constaté que cela passe généralement par les diverses formations qui sont proposées par des orthophonistes très connues dans le milieu du bégaiement et faisant partie de l'association :

« On essaie de, sur le site de l'APB, mettre en ligne les informations des orthophonistes qui font des formations sur le bégaiement et qui sont membres de l'APB et qui sont connues et reconnues quand même. On a jamais eu de demandes incongrues non plus. Il y a les formations de [Mme Une Telle, Mme Une Telle ou Mme Une Telle]. Toutes les orthophonistes qui font des formations peuvent être affichées sur la page de l'APB et puis après ça diffuse comme ça peu [...] Puis voyez les gens qui se sont formés là, je leur ai demandé leur accord évidemment, je vais envoyer leur nom à Paris et aux délégués des régions concernées et les délégués vont avoir de nouveaux noms à proposer [...]. Normalement les formateurs en bégaiement sont censés donner les noms à l'APB pour que ça fonctionne quoi, pour qu'il y ait de plus en plus de référents ».

## **2.2. Internet**

En plus de l'influence du réseau des institutions, nous avons pu remarquer que les communautés virtuelles regroupant des parents et des acteurs concernés par la pathologie jouent peu à peu le rôle d'intermédiaires. C'est ce que nous relate Mme Strasbourg (qui, rappelons-le, a une longue expérience dans la sphère du bégaiement) qui a constaté cette évolution au fil du temps. Selon elle, les patients ne créditent plus automatiquement leur confiance aux médecins mais cherchent au contraire à multiplier les informations en vue de trouver le bon professionnel :

« Avec Internet. Les sites, tout ça. Les gens communiquent entre eux, les pages facebook tout ça. Ce n'est pas du tout le même réseau que quand j'ai démarré mon activité. Maintenant les médecins donnent des conseils c'est sûr mais les patients cherchent par eux-mêmes. Ils vérifient, ils cherchent. Ça a beaucoup changé. Et puis les gens ne font pas forcément confiance aux médecins maintenant. Ils vérifient tout. Même sur leur diagnostic, sur pas mal de choses. Et puis alors avec

---

l'outil informatique et Internet, ils ont l'impression qu'ils auront des choses plus justes mais évidemment que c'est dangereux ».

Bien qu'elle définisse ces communautés virtuelles comme dangereuses car elles ne mettent pas à l'abri les patients d'un mauvais choix, il nous faut constater néanmoins qu'elles encouragent le recours à des orthophonistes spécialisés quitte à véhiculer des noms au sein de la sphère Internet :

« Maintenant, les gens, ils vont sur Internet, ils voient mon nom. Et puis il y a des commentaires, il y a des sites de parents, de machin. Elle, elle est bien, elle, elle est pas bien. Je sais, il y a des parents qui me disent "on dit beaucoup de bien de vous sur ce site". Je dis : "Ah bon, vous avez de la chance parce que ça pourrait être aussi l'inverse". Il y a des choses ne qui marchent pas non plus. On n'a jamais du 100% avec tout le monde. C'est impossible. A l'époque, je pense que c'était beaucoup les réseaux, les médecins entre eux qui disent : "tiens, t'as un patient qui bégaye, y'a unetelle". Les réseaux ont changé aujourd'hui ».

Internet prend, par conséquent, de plus en plus de place dans la construction de la trajectoire de soins des patients. Nombreux sont ceux qui vont aller chercher des informations que ce soit sur des sites d'association de patients ou même sur des sites de type forum dans lesquels ils chercheront à se renseigner sur la réputation des praticiens

Finalement, il existe un indicateur qui permet de vérifier la performance des réseaux dans la trajectoire de soin des patients mais aussi l'adhésion de la demande à la rhétorique du segment professionnel : celui de la distance parcourue entre leur lieu de domicile et le cabinet de leur orthophoniste. Nous supposons en effet que sortir de sa zone géographique pour aller consulter une orthophoniste spécialisée révèle que le patient, dans un contexte d'opacité de l'offre, a rencontré des intermédiaires visiblement convaincants quant à l'expertise de l'orthophoniste. Prenons quelques exemples : Madame Nancy, localisée dans le 6<sup>e</sup> arrondissement de Lyon, Madame Lille dans 2<sup>e</sup> arrondissement, Madame Brest localisée à Saint-Priest accueillent toutes des patients venant de l'Isère ; Madame Strasbourg, elle, parle de patients faisant des centaines de kilomètres pour venir jusqu'à son cabinet tandis que Mme Lyon, lors de sa collaboration dans l'Ain raconte drainer alors le département en entier. Plusieurs explications sont mobilisées : l'absence d'orthophonistes dans les régions d'origine, des orthophonistes formés qui sont bien présents mais débordés, un nom donné par des tiers de confiance à des patients qui ne veulent alors personne d'autre, etc. Les professionnels avouent alors être écrasés par ces demandes, tiraillés entre leur envie de refuser et la détresse émanant des celles-ci :

« Parce que les parents, ils appellent en détresse, ils cherchent quelqu'un, ils trouvent pas. Moi, je sais ce que j'essaie de bien dire au départ même avant de se voir, il faut faire attention à la longévité de la possibilité de la rééducation et il faut faire attention à ce qui est possible pour eux, possible pour l'enfant, ce qui est possible en terme d'organisation familiale [...] Après une fois que c'est posé si les personnes veulent venir, moi à la limite, j'ai pas trop un droit de regard dessus » (Mme Lille).

---

D'autres orthophonistes au contraire n'hésitent pas à refuser :

« La PEC, c'est vraiment un investissement, pour qu'il soit valable il faut qu'il soit tenu dans le temps, qu'il soit régulier etc. [...] Donc nul n'est indispensable, moi la première et du coup j'explique ça aux personnes. [...] On leur dit –et je le comprends très bien, quand vous êtes en difficulté, quand vous avez des troubles, qui plus est neurologiques ou autres-, vous allez essayer de trouver toutes les solutions possibles. On pourrait vous dire "votre spécialiste est sur la Lune", je pense que vous iriez. [...] Sauf qu'à un moment donné il faut être raisonnable et dire peut-être "attendez, ça va être compliqué, ça prend du temps, il y a des gens très bien autres que moi". Oui, il y a des gens qui m'ont appelée de départements voisins : non ! » (Mme Nantes).

Nous comprenons mieux l'étonnement voire l'amusement de certains orthophonistes accueillant des patients arrivés par hasard dans leur cabinet, n'ayant pas connaissance de leur réputation ni mobilisé de réseaux :

« Moi j'ai très rarement des gens qui viennent par hasard. Une fois, j'ai eu une ado qui habite dans la même rue. Elle savait même pas que j'étais spécialiste et que j'étais reconnue entre guillemets. Elle venait en trottinette en thérapie et il y avait des gens qui faisaient 200 kms qui étaient dans le même groupe qu'elle. Elle n'en revenait pas » (Mme Strasbourg)

Finalement, les orthophonistes spécialisés, en plus des médiateurs standards de la profession, mobilisent des intermédiaires spécifiques à leur domaine d'intervention, qui, par une mise en réseau parfois institutionnalisée des professionnels, organisent efficacement la trajectoire de soin des patients.

### **III. Les réseaux comme « *dispositif de jugement* » (Karpik, 2000)**

Les réseaux fonctionnent sur la base de liens de sociabilité, aux degrés divers, entre ses acteurs. Ces liens sont porteurs d'une mémoire, d'une histoire commune et d'une identité partagée par ses membres assurant ainsi la constitution d'un groupe social et sa cohésion. Cette identité du « nous » a également et logiquement pour conséquence la définition de ce qui n'est pas ce « nous », de ce qui est étranger au groupe social que forment les orthophonistes spécialisés. Ainsi, la fédération des orthophonistes spécialisés dans un groupe social couplé à la logique d'exclusion qui en découle leur permet de mettre en valeur ce qui fait la « *singularité* » de leur pratique (Karpik, 2007) et de mobiliser un discours porteur d'une argumentation sur la qualité de leur offre à l'intention de leurs intermédiaires.

---

## 1. Des réseaux aux groupes sociaux : une construction collective de la qualité de l'offre

Les professionnels entretiennent entre eux des liens de sociabilité qui favorisent le fonctionnement des réseaux. Au sein de ces derniers, plus largement, véhicule une identité professionnelle partagée par les différents acteurs qui cimente leur cohésion : ainsi, de par ce sentiment d'appartenance, le réseau devient groupe social au sein duquel se construit collectivement une qualification de l'offre.

L'accès aux réseaux se fait souvent avant l'entrée dans le monde professionnel par le biais de stages, du mémoire, de conférences, de rencontres avec des professeurs de l'université. Pour les orthophonistes bénéficiant de cette mise en réseau lors de la formation initiale, il apparaît dans leur témoignage que se constituer une patientèle précise en libéral est beaucoup moins difficile que pour les nouveaux arrivants soit parce qu'ils collaborent avec leurs anciens maîtres de stage ou soit parce qu'ils reprennent la patientèle de confrères exerçant dans ce domaine d'intervention, ils héritent donc la plupart du temps d'une place professionnelle. Au fur et à mesure de leur formation initiale, ils se sont constitué un réseau de connaissances plus ou moins étoffé qui facilite leur visibilité lors de l'entrée dans le monde professionnel et constitue une garantie de leur compétence d'autant plus que ce sont ces mêmes connaissances qui les ont parfois formés. Ils n'ont pas ainsi tout un travail de légitimation de leur expertise auprès des acteurs du réseau. Certains font état cependant de résistances de la part des « insiders », des orthophonistes établis de longue date, qu'ils ont pu ou non surmonter lors de leur inclusion dans des réseaux institués. Ces régulations cherchent notamment à s'assurer de la compétence de l'offre des nouveaux arrivants et à préserver simultanément la réputation des acteurs d'un réseau car si un orthophoniste « incompetent » y entre alors c'est l'ensemble de l'organisation du réseau qui se voit menacé :

« Il a fallu le temps pour les échanges. Dans le domaine des orthophonistes qui sont dans le bégaiement, à part Mme Strasbourg, j'ai trouvé que ça n'était pas facile de mettre un pied dedans. C'est comme ça, c'est un petit monde donc, c'est pas évident. Mais avec la thèse, arrivée en fin de thèse, il commence à y avoir des échanges. Mais parce que ça m'a aussi donné l'occasion de rencontrer des gens » (Madame Nice).

Car c'est bien autour de la compétence des acteurs que pour certains orthophonistes s'articule le réseau entre pairs. Ainsi Madame Nantes affirme que *« le réseau qui s'est mis en place, vraiment, fait référence à des compétences professionnelles. C'est vraiment ça. Pour le reste, il n'y a pas de réseau : c'est "j'ai besoin d'une orthophoniste, je viens là" »*. C'est un point de vue qui n'est absolument pas partagé par l'ensemble de nos participants. Monsieur Orléans, en effet, bien que détenteur d'un DU de bégaiement n'a pas de patients correspondant à son domaine d'expertise, ce qui s'explique selon lui exclusivement par une non-appartenance aux réseaux susceptibles de lui fournir les patients adéquats.

Parallèlement, il est par conséquent plus difficile pour les nouveaux arrivants de la région lyonnaise d'intégrer un réseau. Ces orthophonistes « outsiders » racontent une installation difficile et un long investissement personnel pour se constituer une patientèle spécifique.

---

Ainsi, Madame Lille raconte qu'elle a créé son cabinet « à la sueur de [son] front » : « Les premières années ont été très stressantes pour moi, la peur de développer quelque chose, que ça n'aille pas comme ça allait ». Elle n'a d'ailleurs pas le sentiment d'être incluse dans un réseau social de pairs et rapporte des échanges lâches avec ses collègues spécialisés : « J'aimerais bien organiser quelque chose, des échanges entre orthos et tout ça mais le milieu de l'orthophonie n'est pas forcément toujours très sympathique » (Madame Lille). L'adressage de patients à d'autres orthophonistes qui appartiennent pourtant au même réseau formel du CRA qu'elle, lui est d'ailleurs problématique car elle ne leur crédite pas une confiance automatique :

« Je trouve ça très délicat de renvoyer en libéral, je connais des noms mais pas suffisamment proches pour et je trouve ça délicat de donner des noms. Après tout, comme les autres ne savent pas ce qui se passe ici, moi je ne sais pas ce qui se passe dans les bureaux, je ne sais pas comment chacun travaille » (Mme Lille).

Il n'est en effet pas anodin de se porter garant d'un autre orthophoniste. « Présenter » un confrère, c'est engager sa responsabilité. Il existe bien « un risque à mettre sa réputation au service de la constitution d'une relation » car si le patient est mécontent de la prestation du présenté alors c'est l'adresseur qui perd en reconnaissance professionnelle et en réputation: « quelle sorte de professionnel est ce dernier pour ne pas reconnaître un "bon" professionnel d'un "mauvais" ? » (Schepens, p.366, 2008) Ce témoignage permet d'apprécier la puissance des liens de sociabilité entre les acteurs d'un réseau même institutionnalisé qui semblent bien être la condition de la coopération. C'est en tout cas ce qu'affirme également Schweyer en 2005 (p.92) :

« Dire que le réseau prend appui sur "un terreau favorable" de relations entre professionnels de santé semble erroné car le projet réseau officialise, rend visible une communauté professionnelle qui existe déjà. Celle-ci n'est pas une condition favorable, elle "est" le réseau ».

Dans chaque domaine d'intervention que nous avons investigué, les orthophonistes adressent préférentiellement des patients à des orthophonistes du même réseau soit par commodité géographique pour le patient soit parce qu'ils sont eux-mêmes débordés par le nombre de demandes. Il y a donc un véritable travail de coopération entre eux : « Quand on sait où ils vont, quand on connaît un peu, quand on connaît quelqu'un dans les environs, c'est vrai qu'on a tendance à orienter vers ce quelqu'un ». Les liens de sociabilité entre les professionnels semblent jouer un rôle essentiel dans la trajectoire des patients : « C'est toujours plus facile de travailler avec des gens qui partagent ou conçoivent des idées similaires avec vos vues » (Madame Nantes). Tour à tour adresseurs ou bénéficiaires d'adressage, ils contribuent en coopérant entre eux à la pérennité du réseau.

« La première chose que je demande [aux patients] c'est "est-ce que vous avez d'autres recommandations d'orthophonistes ? " oui ou non. Si ça n'est pas le cas "vous êtes sur quel secteur ? " et à ce moment là je vois à qui je peux penser. Alors là oui, je fais appel à mon réseau mental de connaissances » (Madame Nantes).

---

Ces réseaux, sorte de vase clos, fonctionnent d'autant mieux que le nombre de professionnels est relativement restreint, ce qui facilite l'identification et l'évaluation de chaque participant mais aussi l'établissement de liens personnels entre eux :

« Mais on va dire que je me suis créé un réseau de connaissances là-bas [au CRA]. Je connais les autres orthos qui assistent à ces réunions et puis c'est vrai qu'on fonctionne un petit peu en cercle fermé. C'est-à-dire que moi, par exemple, une maman qui appelle pour son enfant autiste, je ne vais pas avoir de place, je ne vais pas l'envoyer chez ma collègue d'en face. Moi j'ai toujours une démarche vraiment ... je fais très attention ... j'essaie d'aider les parents en leur disant "ben voilà, vous pouvez appeler là, là ... ce sont des personnes qui sont bien formées" » (Madame Nancy).

Les liens sociaux priment même sur la nécessité d'un travail de démarchage auprès d'intermédiaires n'appartenant pas au monde professionnel des orthophonistes : « *Pour ce cabinet, c'est clair que c'est Madame Strasbourg qui a tout renvoyé vers moi, d'autant plus que j'avais arrêté pendant un an donc on n'a pas fait beaucoup de démarches avec ma collègue pour dire qu'on s'installait* » (Madame Nice).

Les patients ne sont pas les seuls à transiter au sein des réseaux entre pairs, y sont véhiculées par ailleurs diverses informations qui facilitent les adressages de patients en quadrillant le secteur géographique selon les domaines d'investissement de chaque orthophoniste. Ainsi Madame Toulouse raconte des prises de contacts, lors de son installation, avec des collègues du même secteur : « *Quand je me suis installée, j'ai appelé les orthophonistes du secteur et les orthos m'ont demandé tout de suite : c'est quoi vos spécialisations ? Et moi réciproquement. Je sais qui fait de la voix, qui fait du bégaiement, qui n'en fait pas, qui fait du logico-maths* » (Madame Toulouse). De même, des « bons plans » sont échangés, des offres de travail proposées : « *Vu que moi j'avais quitté mon poste à la Tarentelle, je l'ai dit pour dire "y'a un poste de libre"* » (Madame Lyon).

Le réseau entre pairs fonctionne ainsi comme un puissant label où circulent des noms parfois auréolés d'une très grande réputation pour les autres membres du réseau :

« Bah dès qu'on va dans le milieu. Je ne sais pas qui c'est qui m'a donné son nom. Alors on est allées au CRA. Au Vinatier. Et là on nous en a parlé. [...] Ils nous ont donné des noms d'orthos et direct le nom de Madame Marseille est sorti en tant qu'orthophoniste et Madame Brest aussi. [...] Et du coup, voilà, on avait eu Madame Marseille, on l'avait cherché dans les pages jaunes. On a vu qu'il y avait trois orthophonistes. En tombant sur [une autre collaboratrice du cabinet], tout de suite on a vu que toutes les trois étaient spécialisées en autisme. Tout de suite, on s'est dit "bon ben, peu importe laquelle il faut qu'on aille là-bas". [...] Après, une fois le nom donné, dès que j'en parlais, effectivement, tout le monde nous disait "c'est la référence". Puis après y'a d'autres noms qui émergent mais c'était vraiment la référence là » (Madame Lyon).

---

Ces réseaux-labels forment bien un véritable « *dispositif de jugement* » pour reprendre les termes de Karpik (p.384, 2000), car ils constituent auprès de la demande une garantie de la qualité et du professionnalisme des différents acteurs du réseau et renforcent la crédibilité et la réputation des orthophonistes: « *Madame Strasbourg dit [aux patients] "vous pouvez aller la voir, c'est une personne de confiance" »* (Mme Nice). Ils sont bien sources de gratification pour ceux qui y appartiennent.

Les membres du réseau notamment les plus anciens conservent l'histoire des actions antérieures des membres, la mémoire des arrivées et des départs au sein d'un réseau ainsi en constante évolution, ce qui s'accompagne parfois pour les plus anciens d'un sentiment plus aigu de leur légitimité par rapport aux nouveaux :

« Je pense que j'ai peut-être autant d'expérience que Madame Y [une formatrice]. Je dirais pas plus, ce serait très présomptueux de ma part. [...] Moi j'ai souvenir avoir croisé Madame Y à des conférences. Madame Y, elle découvrait l'autisme. Sauf que comme elle travaillait, à l'époque, c'était à l'ITAC. Maintenant elle est au CEDA. A l'ITAC, c'était complètement psychanalytique. [...] Et à partir de là, elle a commencé à se former. [...] Par ce biais-là, elle a pu partir, elle est à toutes les conférences. Elle est sans arrêt à droite à gauche. Tant mieux pour elle, c'est vachement intéressant. Mais elle a découvert l'autisme, c'est pas très très vieux quoi » (Madame Brest).

Ces réseaux sont donc bien des communautés fondées sur des liens plus ou moins denses de sociabilité, dépositaires d'une histoire et d'une mémoire mais aussi d'une identité gratifiante qui s'articule autour du sentiment d'expertise et de la réputation et à laquelle adhèrent ses membres.

Il nous faut néanmoins nuancer notre thèse. En effet, l'orthophoniste « généraliste » que nous avons souhaité rencontrer, rapporte, elle aussi, un investissement important dans des formations autour du bégaiement : « *Dès que j'ai eu une demande en bégaiement, j'ai dû faire toutes les formations qui existaient en bégaiement parce que comme je me sentais pas spécialiste, il faut que je vois tout ce qu'on peut proposer en bégaiement* ». Elle fait également partie du réseau de l'APB mais n'en a pas conscience car elle pense que la déléguée régionale lui adresse des patients grâce aux liens de sociabilité qui les unissent :

« Et [la déléguée régionale de l'APB en Bretagne] savait aussi que j'avais fait des formations à l'époque avec Anne-Marie Simon, François le Huche, tout ça donc quand elle avait des demandes, elles, de petits patients adressés par... Par qui du coup ? Je ne sais pas. Je sais qu'elle m'a appelée pour deux patients. Je ne sais plus comment, je connais quelqu'un qui... C'est ce réseau-là entre nous professionnels qui fait qu'après, si tu sais que les orthophonistes ont fait telle ou telle formation, t'adresses ».

Ce dernier témoignage montre qu'il est possible d'acquérir de l'expertise dans un domaine et d'appartenir comme de mobiliser un réseau formel et social sans pour autant se percevoir et se faire percevoir comme expert de ce domaine d'investissement et même au contraire, avoir un sentiment d'amateurisme voire d'infériorité professionnelle : « *Tu fais du mieux que tu peux, avec les formations que tu as et en disant "bon je ne suis pas*

---

*pro comme une spécialiste qui fait que ça mais au moins ce que je fais, c'est mieux que si le patient n'a rien" ». Ces propos relativisent notre thèse : être détenteur d'une expertise tout en appartenant à un réseau ne signifie pas pour autant ni la possibilité de mobiliser le capital symbolique que constitue la réputation, mobilisation qui est une compétence sociale ni une auto-qualification fondamentale de sa propre compétence.*

## **2. La qualification par l'exclusion**

S'identifier comme compétent ou spécialisé et partager l'identité cohésif d'un « nous », c'est logiquement donner une identité à ceux qui ne sont pas ce « nous » ni ce « moi » : ceux qui ne sont pas ou moins compétents. Ainsi, par cette logique d'exclusion, les orthophonistes spécialisés mettent comparativement en valeur la particularité de leur pratique et adoptent une démarche de qualification de leur offre qui fonde leur argumentaire auprès des intermédiaires.

L'exclusion des « orthophonistes généralistes » argumente en faveur de l'expertise et de la légitimité des orthophonistes spécialisés à prendre spécifiquement tel type de patient et à obtenir un statut professionnel particulier :

« Celles qui font tout, c'est celles qui n'ont pas forcément le choix parce qu'elles exercent au fin fond donc elles ont le bébé trisomique et la voix et le logico-maths et l'Alzheimer de 80 ans mais parce qu'elles ont ce souci éthique de soigner tout le monde mais je suis pas sûre qu'elles soient aussi précises, aussi bien formées et aussi dispos pour les trois, enfin pour toute cette diversité de patientèle » (Madame Lyon).

L'identité donnée aux orthophonistes non spécialisés est alimentée également par leurs échecs thérapeutiques auprès de patients que les orthophonistes spécialisés récupèrent après coup :

« Après en général quand le parent arrive, il est assez énervé, énervé de se rendre compte qu'il a perdu du temps, que son enfant a perdu du temps. Que ce soit pour la surdité ou l'autisme, c'est un peu rageant. Et moi je commente rien, c'est-à-dire que moi je dis que ce qui a été fait, je n'ai pas à le commenter, je n'étais pas là et j'en sais rien. Maintenant, on va faire comme ça si ça leur convient » (Madame Lille).

Même si Madame Lille se refuse ici à tout jugement sur ses confrères, elle oppose néanmoins l'insatisfaction des parents, déçus et « énervés » à sa prise en charge à l'écoute de leurs besoins, adaptée à leurs attentes. Les orthophonistes rencontrés cherchent à dissuader les orthophonistes de se lancer dans la rééducation de la population concernée quand ils ne se sont pas investis dans ce domaine lors de la formation initiale ou continue en mobilisant des termes autour de l'éthique professionnelle : « *des fois je me dis l'éthique de se rendre compte qu'on ne sait pas faire quelque chose, c'est pas plus mal. Ça évite quelques problèmes* » (Madame Lille) ou encore :

« Moi si je n'avais pas fait tous mes stages et mon mémoire sur l'autisme, jamais je ne me serai lancée dans l'autisme. Ne serait-ce que par responsabilité et par conscience professionnelle. On ne se lance pas

---

là-dedans quand ... et puis de toute façon ça devient vite ingérable » (Madame Nancy).

Ces orthophonistes « généralistes » semblent adhérer à ce discours d'expertise car les professionnels appartenant au même secteur géographique que les orthophonistes spécialisés accordent également un statut particulier à ces derniers et leur adressent des patients régulièrement :

« Parfois les orthophonistes elles-mêmes finissent par orienter. Il est arrivé que des collègues aient une demande de bilan pour un autiste et notamment sur Saint Priest, elles savent qu'on prend en charge des autistes donc tout de suite dès la demande de bilan, hop elles disent : "allez dans ce cabinet-là" » (Madame Brest).

Parallèlement, les orthophonistes spécialisés peuvent renvoyer également à leurs collègues des patients relevant d'un domaine d'intervention dans lequel ils ne se sentent pas compétents: « *S'il y a des gens qui m'appellent pour une prise en charge d'un bégaiement, bien volontiers je vais commencer par adresser ailleurs ! Je ne vais pas me risquer aujourd'hui à répondre à des patients avec qui je ne saurai pas trop quoi dire ...* » (Madame Rennes). Il arrive également qu'ils adressent par solidarité à de nouveaux arrivants de leur secteur géographique :

« Parce que vraiment y'a une jeune ortho, c'était la promo au dessus de moi, elle vient de s'installer à Montanay, c'est pas très loin, elle fait pas trop handicap handicap, elle fait plus oralité oralité. Elle, peut-être que je lui adresserai du monde quand je vais être débordée » (Madame Lyon).

Ces renvois réciproques de patients sont essentiels dans la collaboration avec les orthophonistes du secteur car ils harmonisent les relations de proche voisinage. Néanmoins, Madame Nantes raconte des tiraillements avec certains de ses collègues :

« Je suis intervenue au sein du relai qui est l'association des aphasiques de Lyon. Je suis intervenue à titre amical puisqu'une de mes patientes que j'avais orientée sur le relai me connaissait et elle voulait vraiment que je fasse quelque chose avec elle. Et donc l'association était toute contente d'avoir une orthophoniste et puis moi j'étais contente de partager ce moment purement gratuit (je le dis parce que ...). Je n'avais absolument pas mesuré l'ampleur des répercussions que ça pouvait avoir dans le sens où j'y suis allée très candidement parce que pour moi c'était important, je suis quelqu'un d'impliqué dans d'autres associations d'un point de vue personnel et pour moi ça n'était absolument pas gênant que j'intervienne à titre personnel faisant valoir ma profession. [...] Tout ça était absolument bénévole et je n'ai eu aucune retombée : c'est-à-dire qu'à aucun moment des gens du relai sont venus parce que je les avais vus là-bas et que j'ai distribué mes cartes ou quoi ... enfin je vous dis ça parce que j'ai entendu des choses absolument sordides ! »

---

Il existe ainsi des régulations au sein du monde professionnel afin de limiter des démarches qui relèvent symboliquement pour certains de leurs confrères d'une démarche marchande de captation des patients. La plupart des orthophonistes rencontrés cherchent d'ailleurs à la fois à écarter toute comparaison possible de leur activité à une activité commerciale mais aussi toute dimension marchande, c'est-à-dire selon eux intéressée, dans leurs relations réciproques avec leurs intermédiaires. Ils se défendent ainsi de toute publicité : « *J'ai jamais fait de pub en particulier* » (Madame Strasbourg), « *je n'envoie pas de plaquette publicitaire* » (Madame Nantes). De plus, tous mettent en valeur le bénéfice personnel qu'ils tirent de leur activité et écartent parallèlement l'aspect économique en affirmant à la fois leur désintéressement mais aussi l'absence effective de profits économiques à se spécialiser :

« Il faut qu'on parle chiffres. L'orthophonie, c'est la séance une demi-heure par rapport à la nomenclature de la Sécurité sociale, on est payés une séance une demi-heure. [...] Comment veux-tu arriver à aligner un patient toutes les demi-heures quand dans le lot, y'a un autiste ? Qu'avec la pratique que j'ai moi et le choix de pratique que j'ai, parce que je pourrais prendre en charge l'autisme d'une manière totalement différente mais je pars du principe que tout soit prêt quand l'enfant arrive. Je prépare quand ? [...] Y'avait un médecin qui le disait très bien [...] "mais vous les orthophonistes, vous devriez compter et notamment dans le cadre du handicap de manière plus générale, presque une séance de préparation et une séance effective avec le gamin". Ce qu'on ne fait jamais parce que nous on ne truande pas la Sécu » (Madame Brest).

Néanmoins, les orthophonistes rencontrés utilisent parfois des termes appartenant à l'univers du « monde marchand » allant de la nécessité de se vendre auprès des intermédiaires à la comparaison de son activité à celle d'un chef d'entreprise :

« Il faut vraiment être là parce que ça n'est pas qu'une question de ... comment je pourrais dire ? marketing ? Non pas ça le mot, ça n'est pas du service après-vente, en terme commercial. Mais vous avez cette part là qui n'est pas loin quand même. Vous avez une entreprise donc il faut que les gens soient satisfaits » (M. Orléans).

Ils s'accordent ainsi à définir leur profession comme « *une dénégaration de l'économie* » pour reprendre les termes de Pierre Bourdieu (in Jourdain, 2010, p.16) à propos des écrivains et des artistes. Ces propos ne peuvent cependant pas être analysés comme des manifestations d'hypocrisie de leur part. Même si leur revendication de légitimité peut être analysée comme une stratégie entrepreneuriale dans un contexte de forte concurrence dans la région lyonnaise, les orthophonistes rencontrés adhèrent complètement à leur discours développé auprès de leurs publics. La qualité a en effet « *profondément à voir avec la question de l'identité* » car leurs discours sur la qualité leur permettent aussi « *de se définir eux-mêmes* » (Jourdain A., 2010, p. 21).

Un élément cependant remet en question à la fois cette affirmation d'une activité non-marchande mais aussi le pouvoir réel des réseaux. En effet, deux des orthophonistes rencontrés ont fait allusion à des sites Internet de certains de leurs collègues. Si l'une en parle comme d'une anecdote qui selon elle ne toucherait pas un très large auditoire : « *J'ai vu des collègues qui font des sites, qui font un peu de pub mais c'est quand même*

---

*pas répandu. En tout cas, moi je le fais pas. Et je crois pas que les gens ont cette démarche-là de chercher comme ça. Je pense que c'est plus en se parlant »* (Madame Rennes), l'autre, au contraire, s'inquiète de l'augmentation des sites et met en garde contre de telles pratiques : *« Par exemple, dans notre association, les orthophonistes qui ont des sites dans lesquels elles mettent leurs formations et les stages pour les patients. C'est pas normal. Donc je dis il faut qu'on fasse très attention à ça. Alors j'alerte, j'alerte »* (Madame Strasbourg). Dans les recherches menées parmi les orthophonistes interrogés, une seule a un site Internet où sont précisés ses spécialisations, son expérience, ses formations mais aussi l'accessibilité de son lieu d'exercice etc. mais elle n'y a pas du tout fait allusion dans son entretien quand nous lui avons posé la question de ses adresseurs. Le développement des sites Internet constitue de la publicité et pose à la fois la question d'un glissement plus ou moins assumé d'une activité revendiquée non-commerciale à une activité commerciale mais aussi la question de l'intérêt pour elle d'avoir un site Internet alors qu'elle est parfaitement intégrée à un réseau social et formel. Cela peut suggérer soit les limites de ce réseau en tant que pourvoyeur de patients soit une volonté de la part de la professionnelle de s'affranchir de la tutelle de ce dit réseau en créant un intermédiaire technique qu'elle contrôle entièrement.

---

## CONCLUSION

---

Nous souhaitons, dans notre objet de recherche, comprendre comment les orthophonistes spécialisés pouvaient entrer en contact avec les patients pour lesquels ils se définissent comme compétents alors qu'aucune information publique sur la qualité des services qu'ils proposent n'est possible.

Le témoignage d'orthophonistes pionnières met en lumière les étapes de la construction d'un segment de marché : à la fois, la constitution d'un discours rhétorique autour de l'expertise et de la mobilisation qui justifie de la qualité de l'offre proposée mais également d'une mise en réseaux des acteurs concernés appartenant soit au milieu associatif, soit au corps médical ou enfin à la profession des orthophonistes. L'adhésion de ces acteurs à la croyance d'être légitimement compétents pérennise l'appropriation du segment de marché. Cet appariement des différents partenaires conditionne la trajectoire de soin des patients : ils transitent dans des réseaux structurés et institutionnalisés qui constituent des « dispositifs de jugement » au service du patient et qui l'aident ainsi à surmonter l'incertitude sur la qualité du marché et évacuer le hasard du choix.

Le réseau entre pairs joue également un rôle fondamental d'intermédiaire, ce que nous n'avions pas du tout envisagé lors de nos hypothèses initiales. Ces réseaux s'articulent autour des liens de sociabilité denses, porteurs d'une mémoire et d'une temporalité qui unissent ses membres partageant une identité professionnelle commune. Cette identité cohésive alimente des collaborations constantes entre les professionnels notamment dans l'adressage des patients.

Nous avons mobilisé très souvent lors de notre projet de recherche la figure du patient, lui prêtant tour à tour des besoins spécifiques et des attentes particulières voire des exigences, nous avons également parfois suggéré une certaine passivité dans ses choix de professionnels, se remettant souvent à des tiers de confiance. Pour des raisons d'accès au terrain, nous regrettons de n'avoir pu analyser les processus de qualification du service proposé du côté de la demande dans son choix du « bon professionnel » car nous sommes persuadées que les patients ont bien plus de possibilités de négociations auprès de l'offre que nous avons laissé entendre, notamment par le biais d'actions collectives.

---

## REFERENCES

---

- Aïach P. & Fassin D. (1994), *Les voies du réenchantement professionnel*, in : *Les métiers de la santé*, Paris : Anthropos
- Aynaud O. & Picard D. (2011), *Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales*, in : *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 2-3, pp.311-321
- Benamouzig D. & Cusin F. (2004), *Economie et sociologie*, Paris : PUF
- Bergeron H. & Castel P. (2010), *Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins*, in : *Sociologie du travail*, vol. 52, pp.441-460
- Blanchet A., Ghiglione R., Massonat J., Trognon A. (1998), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris : Dunod
- Blanchet A. & Gotman A. (2007), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Armand Colin
- Bouchayer F. (1994), *Les voies du réenchantement professionnel*, in : Aïach P. & Fassin D. (Ed.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (pp.201-225), Paris : Anthropos
- Buan D. & Kervevan O. (2013), *Médecin prescripteur et orthophoniste dans le parcours de soin du patient atteint de pathologie neuro-dégénérative : un réseau de co-adressement ?*, Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1 : Lyon
- Castel P. (2005), *Le médecin, son patient et ses pairs, Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*, in : *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, pp.443-467
- Cochoy F. (2004), *La captation des publics, c'est pour mieux te séduire mon client*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail
- 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. (2000), *La socialisation*, Paris : Armand Colin
- Dubar C. & Tripiier P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin
- Dubuisson-Quellier S. (2008), *De la souveraineté à la gouvernance des consommateurs : l'espace du choix dans la consommation*, in : *L'économie politique*, vol. 39, n°3, pp.21-31
- Eloire F. (2010), *Une approche sociologique de la concurrence sur un marché, Le cas des restaurateurs lillois*, in *Revue française de sociologie*, vol. 51, n°3, pp.481-517

---

Felouzis G. & Perroton J. (2007), *Les « marchés scolaires » : une analyse en termes d'économie de la qualité*, in *Revue française de sociologie*, vol.48, n°4, pp.693-722

Gal B. & Nicollin M. (2008), *Le processus de spécialisation en orthophonie : de la conception d'une pratique orientée à sa concrétisation*, Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1 : Lyon

Hatchuel, A. (1995). *Les marchés à prescripteurs - Crises de l'échange et genèse sociale*, in : Jacob A. & Vérin H. (Ed.), *L'inscription sociale du marché* (pp.205-225), Paris : L'Harmattan

Jourdain A. (2010), *La construction sociale de la singularité. Une stratégie entrepreneuriale des artisans d'art*, in *Revue française de socio-économie*, vol.2, n°6, pp.13-30

Karpik L. (1989), *L'économie de la qualité*, in: *Revue française de sociologie*, vol. 30, n°2, pp.187-210

Karpik L. (2000), *Le guide rouge Michelin*, in *Sociologie du travail*, vol.42, pp. 369-389

Karpik L. (2007), *L'économie des singularités*, Paris : Gallimard

Le Breton D. (2004), *L'interactionnisme symbolique*, Paris : PUF

Le Feuvre N., Gros S., Haberer C., & Voisin M.-L. (2007), *L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes*, in : Tain L. (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp.41-51), Rennes : ENSP

Le Velly R. (2012), *Sociologie du marché*, Paris : éditions La Découverte

Paillé P. & Mucchielli A. (2012), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin

Paradeise C. (1985), *Rhétorique professionnelle et expertise*, in : *Sociologie du travail*, vol.27, n°1, pp.17-31

Sanchez M., Goiran A., & Martial L. (2007), *Spatialisation / Spécialisation ?*, in : Tain L. (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp.53-63), Rennes : ENSP

Sautier M. (2011), *Recherche scientifique, recherche de légitimité. Une analyse des discours syndicaux de 1970 à nos jours*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1 : Lyon

Schepens F. (2008), *Monde professionnel et marché des travaux forestiers*, in *Revue française de sociologie*, vol.49, n°2, pp.351-378

Schweyer F-X. (2005), *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils*, in *Sociologies Pratiques*, vol.2, n°11, pp.89-104

---

Strauss A. L. (1992), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris : L'Harmattan

Tain L. (2007), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, Rennes : éditions ENSP

Trompette P. (2005), *Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire*, in : *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°2, pp.233-264

Pages internet :

Jospin L., Guigou E. & Kouchner B. (2002), *Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste*, in *Code de la Santé publique*, URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT EXT000000413069>, consulté le 05.02.2014

Conseil de l'Ordre National des médecins (2012), *Code de déontologie médicale*, URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>, consulté le 05.02.2014

Union Nationale des Professions Libérales (2014), *Définitions et valeurs des professions libérales*, URL : <http://www.unapl.org/index.php/des-regles-a-respecter.html>, consulté le 08.02.2014

---

# ANNEXES

---

## Annexe I : Un élargissement progressif des domaines d'intervention

Première apparition des pathologies dans les décrets de compétences

| Pathologies                                              | Décrets de compétence |      |      |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|------|------|
|                                                          | 1983                  | 1992 | 2002 |
| Aphasie                                                  | ✓                     |      |      |
| Articulation, parole, langage                            | ✓                     |      |      |
| Bégaiement                                               |                       | ✓    |      |
| Déglutition                                              | ✓                     |      |      |
| Division palatine ou incompetence vélo-pharyngée         | ✓                     |      |      |
| Dysarthrie, dysphagie                                    | ✓                     |      |      |
| Dyscalculie                                              | ✓                     |      |      |
| Dyslexie, dysorthographe, dysgraphie                     | ✓                     |      |      |
| Dysphasie                                                |                       |      | ✓    |
| Laryngectomie                                            | ✓                     |      |      |
| Rééducation du jeune enfant présentant un handicap       | ✓                     |      |      |
| Surdité                                                  | ✓                     |      |      |
| Systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication |                       |      | ✓    |
| Troubles liés au vieillissement                          |                       |      | ✓    |
| Troubles vélo-tubo-tympaniques                           |                       | ✓    |      |
| Voix                                                     | ✓                     |      |      |

Source : Haberer, Voisin (2003)

(Le Feuvre N., in : Tain L., 2007, p.42)

---

## **Annexe II : Article 3 (abrogé du 8 août 2004) du décret 2004**

Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

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 vélo-pharyngée ;
- 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 vélo-tubo-tympaniques ;
- la rééducation des fonctions oro-faciales 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 bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne 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.

---

## **Annexe III : Guide d'entretien auprès des orthophonistes spécialisés**

### **1. Catégorie socio-professionnelle, profil des orthophonistes**

- ☐ Date d'obtention du diplôme
- ☐ Dans quel centre de formation avez-vous effectué vos études ?
- ☐ Parcours professionnel (lieux d'installation et mode d'exercice). Avez-vous travaillé en institution avant ? Quelles étaient les pathologies prises en charge ?
- ☐ Depuis combien de temps êtes-vous installé à Lyon ? (choix du lieu d'installation)

### **2. Patientèle**

- ☐ Quelles sont les pathologies que vous prenez en charge ?
- ☐ Avez-vous des patients qui correspondent à votre « spécialité » ? Si oui, quelle proportion par rapport aux autres pathologies ?
- ☐ D'où viennent vos patients (zone géographique) ?
- ☐ Sont-ils déjà allés chez d'autres orthophonistes avant ?
- ☐ Comment ont-ils entendu parler de vous ?
- ☐ Catégorie socio-professionnelle des patients
- ☐ Savent-ils que vous avez suivi des formations complémentaires ? Viennent-ils pour cela ?

### **3. Le niveau d'expertise**

- ☐ Quel était le sujet de votre mémoire ? D'où vient votre intérêt pour cette pathologie lors de votre formation initiale ?
- ☐ Quels sont vos différents postes occupés ?
- ☐ Avez-vous fait des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?

- 
- ☐ Que vous ont-elles apporté ?
  - ☐ Que pensez-vous de la formation initiale concernant cette pathologie ?
  - ☐ Etes-vous formateur ? Comment en êtes-vous arrivé à être formateur ? Après combien d'années de pratique ? Si non, pourquoi ? Aimerez-vous l'être ?
  - ☐ Combien de temps a-t-il fallu pour que des professionnels de santé vous adressent des patients ? Et pour le bouche à oreille ?
  - ☐ Vous considérez-vous comme spécialiste de la pathologie ? Que signifie pour vous « être spécialiste » ? Sur quels critères vous appuyez-vous ?

#### **4. Relations avec les autres professionnels de santé**

- ☐ Avez-vous des relations avec d'autres professionnels de santé au sujet de la pathologie concernée ? Quel type de relation ? La fréquence ?
- ☐ Intervenez-vous auprès de professionnels (prévention, information, accompagnement) ?

#### **5. Relations avec des associations de patients**

- ☐ Avez-vous des relations avec des associations ? Etes-vous adhérent ? Si oui, depuis combien de temps ? Y avez-vous un poste ?
- ☐ Pourquoi y avoir adhéré ?
- ☐ Quel type d'actions réalisez-vous au sein de cette association ?
- ☐ Avez-vous d'autres types d'interventions ? Et comment ? (médias, internet ?)
- ☐ Acceptez-vous toutes les demandes de prise en charge ou vous arrive-t-il de réorienter certains patients vers d'autres orthophonistes ?

---

# TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ORGANIGRAMMES .....</b>                                                                   | <b>2</b>  |
| 1. Université Claude Bernard Lyon1 .....                                                     | 2         |
| 1.1 Secteur Santé : .....                                                                    | 2         |
| 1.2 Secteur Sciences et Technologies : .....                                                 | 2         |
| 2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE .....               | 3         |
| <b>REMERCIEMENTS.....</b>                                                                    | <b>4</b>  |
| <b>SOMMAIRE.....</b>                                                                         | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                     | <b>8</b>  |
| <b>PARTIE THEORIQUE .....</b>                                                                | <b>9</b>  |
| I. SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS .....                                                          | 10        |
| 1. Définition de la notion de profession.....                                                | 10        |
| 2. La profession d'orthophoniste.....                                                        | 12        |
| 2.1. L'origine de la profession orthophonique .....                                          | 12        |
| 2.2. La spécialisation en orthophonie .....                                                  | 13        |
| 2.2.1. Le réenchâtement professionnel.....                                                   | 13        |
| 2.2.2. Une réalité de terrain et une absence de reconnaissance officielle .....              | 13        |
| II. LES PROBLEMATIQUES DE « L'OPACITE DE L'OFFRE » ET DE L'EVALUATION DE LA QUALITE .....    | 15        |
| 1. Une profession très règlementée .....                                                     | 15        |
| 2. L'opacité de l'offre .....                                                                | 16        |
| 2.1. L'orthophonie : un « marché sans prix » ? .....                                         | 17        |
| 2.2. Le « déficit de représentation publique de l'offre » (Trompette, 2005).....             | 17        |
| 2.3. De la nature du service échangé .....                                                   | 18        |
| 3. L'évaluation de la qualité .....                                                          | 19        |
| III. COMMENT SE RENCONTRER : LE ROLE DES MEDiateURS .....                                    | 20        |
| 1. Délégation et prescripteurs.....                                                          | 20        |
| 2. Les « réseaux-échanges » (Karpik, 1989).....                                              | 21        |
| 3. Dispositions et dispositifs.....                                                          | 23        |
| <b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES .....</b>                                                     | <b>25</b> |
| I. PROBLEMATIQUE .....                                                                       | 26        |
| II. HYPOTHESES.....                                                                          | 26        |
| <b>PARTIE EXPERIMENTALE .....</b>                                                            | <b>27</b> |
| I. LA DEMARCHE SOCIOLOGIQUE .....                                                            | 28        |
| 1. L'analyse qualitative.....                                                                | 28        |
| 2. L'entretien semi-directif.....                                                            | 28        |
| 3. Le guide d'entretien .....                                                                | 29        |
| 4. Différents types d'intervention .....                                                     | 30        |
| 4.1. Les interventions-consignes.....                                                        | 30        |
| 4.2. Les interventions-commentaires .....                                                    | 31        |
| II. NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....                                                      | 31        |
| 1. La population .....                                                                       | 31        |
| 1.1. Les orthophonistes spécialisés .....                                                    | 32        |
| 1.2. Les critères de sélection .....                                                         | 32        |
| 2. Le contrat d'entretien .....                                                              | 33        |
| 3. Le déroulement des entretiens.....                                                        | 33        |
| 4. Présentation des interviewés.....                                                         | 34        |
| III. L'ANALYSE DES RESULTATS .....                                                           | 36        |
| <b>PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>                                        | <b>37</b> |
| I. LA CONQUETE D'UN SEGMENT DE MARCHE .....                                                  | 38        |
| 1. L'inscription dans des segments de marchés nouveaux : des orthophonistes pionnières ..... | 38        |
| 1.1. L'onction médicale.....                                                                 | 38        |
| 1.2. Du découplage relatif à l'autonomisation vis-à-vis des médecins .....                   | 39        |
| 2. La pérennisation du segment de marché.....                                                | 41        |

---

---

|        |                                                                                                     |           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.   | La constitution d'un réseau d'experts.....                                                          | 41        |
| 2.1.1. | Les publics externes.....                                                                           | 41        |
| 2.1.2. | Les publics internes .....                                                                          | 42        |
| 2.2.   | La construction de l'expertise.....                                                                 | 44        |
| 2.3.   | La construction de la mobilisation.....                                                             | 46        |
| II.    | LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA DEMANDE .....                                                         | 47        |
| 1.     | <i>Les médiateurs standards</i> .....                                                               | 47        |
| 1.1.   | L'entourage proche, le réseau personnel .....                                                       | 48        |
| 1.2.   | L'école, le premier prescripteur des patients enfants.....                                          | 49        |
| 1.3.   | Les médecins prescripteurs .....                                                                    | 50        |
| 2.     | <i>Emergence d'institutions particulières aux segments professionnels</i> .....                     | 54        |
| 2.1.   | Les institutions .....                                                                              | 54        |
| 2.1.1. | Le centre ressource autisme (CRA) .....                                                             | 54        |
| 2.1.2. | L'hôpital gériatrique .....                                                                         | 55        |
| 2.1.3. | L'association Parole Bégaïement .....                                                               | 56        |
| 2.2.   | Internet .....                                                                                      | 57        |
| III.   | LES RESEAUX COMME « DISPOSITIF DE JUGEMENT » (KARPIK, 2000).....                                    | 59        |
| 1.     | <i>Des réseaux aux groupes sociaux : une construction collective de la qualité de l'offre</i> ..... | 60        |
| 2.     | <i>La qualification par l'exclusion</i> .....                                                       | 64        |
|        | <b>CONCLUSION</b> .....                                                                             | <b>68</b> |
|        | <b>REFERENCES</b> .....                                                                             | <b>69</b> |
|        | <b>ANNEXES</b> .....                                                                                | <b>72</b> |
|        | ANNEXE I : UN ELARGISSEMENT PROGRESSIF DES DOMAINES D'INTERVENTION .....                            | 73        |
|        | ANNEXE II : ARTICLE 3 (ABROGE DU 8 AOUT 2004) DU DECRET 2004 .....                                  | 74        |
|        | ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES ORTHOPHONISTES SPECIALISES .....                          | 75        |
| 1.     | <i>Catégorie socio-professionnelle, profil des orthophonistes</i> .....                             | 75        |
| 2.     | <i>Patientèle</i> .....                                                                             | 75        |
| 3.     | <i>Le niveau d'expertise</i> .....                                                                  | 75        |
| 4.     | <i>Relations avec les autres professionnels de santé</i> .....                                      | 76        |
| 5.     | <i>Relations avec des associations de patients</i> .....                                            | 76        |
|        | <b>TABLE DES MATIERES</b> .....                                                                     | <b>77</b> |

---

## **ORTHOPHONIE SPECIALISEE : UNE ECONOMIE DE LA QUALITE ?**

78 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2014

---

### **RESUME**

---

Au carrefour de la sociologie des professions et de la sociologie économique, notre étude s'intéresse à la relation marchande existant entre le patient et l'orthophoniste spécialisé. Elle s'appuie sur des notions théoriques définissant la profession d'orthophoniste et les processus de spécialisation qui la composent, l'opacité de l'offre et les difficultés à évaluer sa qualité ainsi que le rôle des médiateurs dans cette rencontre. Nous avons cherché à comprendre quels sont les dispositifs et intermédiaires sollicités par le patient, assimilé à un consommateur de soin, qui le guident dans son choix de thérapeute. Parallèlement, il nous fallait saisir comment les orthophonistes spécialisés mettent en place des réseaux afin d'orienter la trajectoire de soins de ces patients. Par une méthode qualitative, les résultats recueillis suite aux entretiens indiquent que la revendication d'une part de marché s'accompagne d'une rhétorique de légitimité et d'une mise en réseau des acteurs. L'adhésion de ces acteurs à la croyance d'être légitimement compétents pérennise l'appropriation du segment de marché. Les patients transitent dans des réseaux structurés et institutionnalisés jouant le rôle de dispositifs de jugement et permettant corrélativement de surmonter l'incertitude sur la qualité. Ces réseaux s'articulent autour des liens de sociabilité denses, porteurs d'une mémoire et d'une temporalité qui unissent ses membres partageant une identité professionnelle commune. Cette identité cohésive alimente des collaborations constantes entre les professionnels notamment dans l'adressage des patients.

---

### **MOTS-CLES**

---

Sociologie des professions - Sociologie économique - Economie de la qualité - Délégation - Marché de l'orthophonie - Adressage - Réseau professionnel.

---

### **MEMBRES DU JURY**

---

Renaud Perdrix  
Nicolas Guilhot  
Hakima Houdaf

---

### **DIRECTEUR DE MEMOIRE**

---

Guillaume Jaubert

---

### **DATE DE SOUTENANCE**

---

26 juin 2014

---